

Vergaderjaar 2017–2018

34 929

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021

C

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 17 augustus 2018

Met belangstelling heeft de regering kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021. In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoordt de regering de gestelde vragen zo veel mogelijk in de volgorde van het verslag. De regering waardeert het dat de commissie het wetsvoorstel met een tijdige beantwoording gereed acht voor plenaire behandeling, die voorzien is op 11 september 2018.

De leden van de fracties van CDA en PvdA vragen of de redenering klopt en het gerechtvaardigd is dat deze maatregel hogere inkomensgroepen bevoordeelt en degenen benadeelt die weinig zorg gebruiken, met name als zij geen zorgtoeslag ontvangen.

Deze redenering is slechts ten dele juist. Dit wetsvoorstel zorgt voor een inkomensvoordeel voor mensen die veel zorg gebruiken, ongeacht hun inkomen. Er is wel een inkomensnadeel voor mensen die weinig of geen zorg gebruiken. Ook dit staat los van het inkomen. Hiermee vergroot dit wetsvoorstel de solidariteit tussen mensen met en zonder veel zorggebruik. Huishoudens die in aanmerking komen voor zorgtoeslag kennen daarnaast nog een beperkt voordeel ten opzichte van huishoudens die daar niet voor in aanmerking komen. De zorgtoeslag is wel afhankelijk van het inkomen, maar niet van het zorggebruik. Deze wetswijziging is vooral bedoeld om de stapeling van zorgkosten tegen te gaan, zodat de kosten van zorg voor iedereen betaalbaar blijven. Met deze maatregel is geen specifiek inkomensbeleid beoogd.

De leden van de fracties van CDA en PvdA vragen of er een norm is voor risicosolidariteit en wat de regering een redelijke verdeling van deze risicosolidariteit vindt.

Er is geen norm wat de verdeling van risicosolidariteit zou moeten zijn. De waardering of er sprake is van een juiste verdeling van risicosolidariteit

wordt dan ook voor een overwegend deel bepaald door politieke opvattingen. De financiering van de zorg is in belangrijke mate gebaseerd op solidariteit van mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen. Met de in dit wetsvoorstel voorgestelde handhaving van het verplicht eigen risico op € 385 voor de jaren tot en met 2021, wordt volgens de regering mede gelet op de stapeling van zorgkosten een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van een verzekerde zelf gevraagd kan worden en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd wordt.

Ook vragen de leden van deze fracties in het licht van de risicosolidariteit hoe de «hervatting» van de aanpassing van het eigen risico na 2021 moet worden gezien.

Zoals hiervoor opgemerkt, is er naar het oordeel de regering met een verplicht eigen risico van € 385 tot en met 2021 sprake van een verantwoord risicosolidariteit. Omdat deze waardering voor een belangrijk deel afhankelijk is van politieke keuzes, wil de regering de hoogte van het verplicht eigen risico niet vastleggen voor de jaren na 2021. Deze bevestiging van het verplicht eigen risico is ook afgesproken in het Regeerakkoord 2017–2021 «Vertrouwen in de toekomst». Een nieuw kabinet zal op dit punt zijn eigen afweging moeten maken voor de periode na 2021.

De leden van de fracties van CDA en PvdA vragen of het structurele financiële effect van de voorgestelde maatregel € 560 miljoen is en of dit inkomstenverlies geheel gecompenseerd wordt door extra premieverhogingen.

Het structurele financiële effect bedraagt inderdaad € 560 miljoen. Dit betreft echter niet alleen de derving van de opbrengsten van het verplicht eigen risico, maar ook een stijging van de zorgkosten door de verwachte toename van zorggebruik en een verhoging van de zorgtoeslag. De opbrengstenderving wordt geheel gecompenseerd door extra verhogingen van de nominale premie. Het toegenomen zorggebruik dient te worden opgebracht door verhogingen van de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB). De extra uitgaven aan zorgtoeslag hoeven niet opgebracht te worden door verhogingen van de nominale premie of IAB.

De leden van de fracties van CDA en PvdA vragen op welke wijze de regering haar opvattingen over risicosolidariteit communiceert en of het voor de burger duidelijk is welke verschuivingen met dit wetsvoorstel worden aangebracht.

De opvattingen van de regering over risicosolidariteit en in het bijzonder de gevolgen die het gelijk houden van het verplicht eigen risico heeft voor de hoogte van de nominale premie, zijn gecommuniceerd bij de presentatie van het Regeerakkoord 2017–2021 en bij de schriftelijke voorbereiding van en het plenaire debat over het onderhavige wetsvoorstel in de Tweede Kamer. In de memorie van toelichting is in de paragraaf «Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten» uitgebreid ingegaan op de verschuivingen tussen het verplicht eigen risico en de nominale premie die het gevolg zullen zijn van dit wetsvoorstel.¹ Daarbij is eveneens het effect op de zorgtoeslag meegenomen. Op de website van de rijksoverheid over de maatregelen afgesproken in het regeerakkoord, is ook vermeld dat het gelijk houden van het verplichte eigen risico leidt tot verhoging van de nominale premie (<https://>

¹ Kamerstukken II 2017/18, 34 929, nr. 3, blz. 2.

www.rijksoverheid.nl/regering/regeerakkoord-vertrouwen-in-de-toekomst/1.-investeren-voor-iedereen/1.4-zorg). Hiermee zijn de verschuivingen die met dit wetsvoorstel worden aangebracht voor de burger duidelijk.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering ook vindt dat het eigen risico voor de zorgverzekering kan worden afgeschaft of verlaagd, vanwege de rol van de huisarts en het volgens hen onnodige karakter van het eigen risico.

De regering onderschrijft dat de huisarts een belangrijke rol vervult, namelijk die van poortwachter tot (duurdere) vervolgzorg. Het verplicht eigen risico draagt aanvullend hierop bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Van de verzekerde van 18 jaar of ouder die zorg gebruikt, mag naar de opvatting van de regering via het verplicht eigen risico een relatief beperkte financiële bijdrage worden gevraagd. Voorts wordt met het verplicht eigen risico bereikt dat verzekerden zich in een aantal gevallen nog eens afvragen of het gebruik van vervolgzorg echt nodig is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de klacht vanzelf overgaat en de huisarts uit voorzorg een verwijzing of recept uitschrijft.

De leden van de PVV-fractie vragen of er een samenhang is tussen afschaffing of verlaging van het eigen risico voor de zorgverzekering en premiestijging van de zorgverzekering.

Dat is inderdaad het geval. Alle uitgaven in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) dienen gedekt te worden uit nominale premies, het eigen risico, de eigen bijdragen, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de rijksbijdrage voor de verzekerden tot 18 jaar. Hierbij is wettelijk vastgelegd dat de IAB de helft van de uitgaven dient te dekken en de overige bronnen de andere helft. Deze constructie impliceert dat de opbrengstenderving als gevolg van afschaffing of verlaging van het eigen risico opgebracht dient te worden door hogere nominale premies. Daarnaast worden extra uitgaven verwacht als gevolg van een toename van het zorggebruik. Deze hogere zorguitgaven worden voor 50% opgevangen via hogere nominale premies en voor 50% via een hogere IAB.

De leden van de fracties van SP en PvdA vragen wat nu gewenst en ongewenst is ten aanzien van remgeld en zorgmijding. Ook vragen zij welk zorggebruik er nu gewenst geremd dient te worden en welk zorggebruik niet vermeden mag worden. Zij vraagt de regering naar de criteria om in deze tegenstelling te sturen.

Eigen betalingen maken verzekerden bewust van de kosten van zorg. Hierdoor worden zij geprikkeld om af te zien van onnodige (en onnodig dure) zorg. Deze remmende werking draagt bij aan de betaalbaarheid van zorg. Het hangt per situatie af of sprake is van noodzakelijke of niet-noodzakelijke zorg (en dus ook of eventueel sprake is van gewenste of ongewenste zorgmijding). Dit is een zorginhoudelijke afweging waarbij behalve de verzekerde ook de zorgverlener betrokken is. De regering hanteert geen criteria om hierin te sturen.

Wel zijn reeds verschillende maatregelen genomen om ongewenste zorgmijding tegen te gaan. Op landelijk niveau dragen de uitzonderingen op het eigen risico, de zorgtoeslag en de aftrek van specifieke zorgkosten bij aan de financiële toegankelijkheid tot zorg. Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen. Ook zijn er zorgverzekeraars die het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden over bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten en de

financiële middelen om tot financieel maatwerk voor de zorgkosten van bepaalde doelgroepen te komen.

De leden van de fracties van SP en PvdA verzoeken om een nadere analyse van de opbrengsten van het voorkomen van zorgmijding in de zorg en begeleiding.

Bij dit wetsvoorstel is zo goed als mogelijk berekend wat de budgettaire effecten, de financiële gevolgen voor verzekerden en de inkomenseffecten zijn. Voor deze berekeningen zijn ramingsmodellen beschikbaar. Desalniettemin zijn er, zoals genoemde leden terecht signaleren, ook effecten te verwachten met betrekking tot individueel welbevinden, actieve participatie, inzetbaarheid en menselijk functioneren. Deze effecten zijn echter lastig te kwantificeren. Wel kan in algemene zin gesteld worden dat de stabilisatie van het verplicht eigen risico met dit wetsvoorstel vooral positieve effecten heeft op deze gebieden.

De leden van de fracties van SP en PvdA vragen naar de onderzoeken en beschrijvingen die de regering heeft gebruikt om tot haar inzicht in ongewenste zorgmijding te komen.

In het Regeerakkoord 2017–2021 «Vertrouwen in de toekomst» is een pakket aan maatregelen aangekondigd om de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning te verminderen. Het voorliggende wetsvoorstel vormt één van de maatregelen. Het wetsvoorstel is dus niet bedoeld om ongewenste zorgmijding in de Zvw te voorkomen, maar om de stapeling van eigen betalingen te verminderen.

Tezamen met de maatregelen met betrekking tot de eigen bijdragen in het kader van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) wordt een gerichte vermindering van stapeling van eigen betalingen gerealiseerd omdat onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uitwijst dat 77% van de mensen die een eigen bijdrage betaalt voor de Wlz of de Wmo 2015 ook het eigen risico geheel volmaakt (68% van de mensen met een eigen bijdrage voor de Wlz en 82% van de mensen met een eigen bijdrage voor de Wmo 2015).²

De leden van de fracties van SP en PvdA vragen naar aanleiding van de wetstechnische verbetering betreffende het voorkomen dat verzekerden hun rekeningen na de uiterste datum indienen, of het ook niet te billijken is om de facturatietermijn van de zorgaanbieders te begrenzen, bijvoorbeeld tot een jaar.

Allereerst wordt opgemerkt dat de door deze leden genoemde wetstechnische verbetering geen wijziging ten opzichte van de huidige praktijk betreft. Het voorgestelde nieuwe vijfde lid in artikel 19 van de Zvw komt inhoudelijk overeen met hetgeen thans is geregeld in artikel 2.17, vierde lid, van het Besluit zorgverzekering. Wanneer het de verzekerde niet te verwijten is dat een declaratie te laat wordt ingediend, heeft dat geen gevolgen voor zijn verplicht eigen risico.

Voor wat betreft de suggestie de facturatietermijn van zorgaanbieders te begrenzen, merkt de regering er op dat met ingang van 2015 de maximale duur van een DBC in de medisch-specialistische zorg is verkort van 365 naar 120 dagen. Voorts wordt gewezen op voorstellen die de commissie Transparantie en Tijdigheid heeft gedaan om te stimuleren dat zorgaanbieders hun facturen sneller en op tijd aan zorgverzekeraars verzenden.

² zie ook Kamerstukken II 2016/17, 29 538, nr. 245.

Zoals op 19 februari 2018 in de kabinetsreactie op de voorstellen van genoemde commissie aangegeven, is het aan zorgverzekeraars en zorgaanbieders om afspraken te maken over verkorting van de facturatie-termijnen.³ Dit kabinetsstandpunt is herhaald in het schriftelijke overleg met de Tweede Kamer, waarbij is aangetekend dat diverse andere maatregelen die de commissie heeft voorgesteld (bijvoorbeeld het sneller vaststellen van prijslijsten per prestatie) ook kunnen bijdragen aan het verkorten van de facturatietermijnen.⁴ In de kabinetsreactie van 19 februari 2018 is toegezegd dat de Tweede Kamer rond het eind van het jaar een rapportage kan verwachten over de voortgang van de acties die op de diverse aanbevelingen van deze commissie zijn ingezet. Op de onderdelen waar het aan andere partijen is om actie te ondernemen, is dat ook het moment om aan te geven of en waar aanvullende actie van overheidswege aan de orde is.

De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA vragen of de stijging van het eigen risico in de afgelopen jaren heeft geleid tot minder zorggebruik en op basis waarvan de regering verwacht dat de fixering van het eigen risico zal leiden tot extra zorggebruik.

Voor de raming van veranderingen in het zorggebruik als gevolg van aanpassingen van het eigen risico is aangesloten op de ramingen van het Centraal Planbureau (CPB). Het CPB verwacht dat een verlaging van het eigen risico leidt tot een hoger niveau van zorguitgaven ten opzichte van een situatie waarin het eigen risico niet verlaagd is. Dit effect geldt ook vice versa. Deze effecten berekent het CPB altijd ten opzichte van de groei van de zorguitgaven in het basispad. In dit basispad gaat het CPB uit van een situatie waarin het eigen risico meegroeit met de zorguitgaven, zoals de afgelopen jaren ook het geval was. Omdat in de afgelopen jaren het eigen risico niet is veranderd ten opzichte van het basispad, zijn in de ramingen van het CPB ook geen effecten op het zorggebruik opgenomen.

De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA vragen of de regering het verzekerde pakket ook betaalbaar acht voor de groep volwassen verzekerden die het eigen risico niet volmaakt en die door de stijging van de premie een negatief inkomenseffect heeft.

Het is inderdaad zo dat verzekerden van 18 jaar of ouder die hun eigen risico niet volmaken vanwege de stijging van de nominale premie meer gaan betalen. Daarmee levert dit wetsvoorstel een versterking van de solidariteit op van verzekerden die geen of lage zorgkosten hebben met verzekerden die relatief meer kosten maken en hun verplicht eigen risico volmaken. De regering acht deze versterking van de solidariteit verantwoord en is van mening dat het verzekerde pakket hiermee ook betaalbaar blijft voor de verzekerden die hun eigen risico niet volmaken. Hierbij zij nog opgemerkt dat verzekerden die hun eigen risico niet volmaken per saldo minder betalen aan nominale premie plus verplicht eigen risico dan verzekerden met een vergelijkbaar inkomen die hun verplicht eigen risico wel volmaken. In dit verband kan tevens worden verwezen naar het antwoord op de eerste vraag van de leden van de fracties van CDA en PvdA.

De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA vragen of de groep die het eigen risico volmaakt voor het grootste deel lage-, midden- of hoge inkomensgroepen betreft.

Hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

³ Kamerstukken II 2017/18, 33 654, nr. 31.

⁴ Kamerstukken II 2017/18, 33 654, nr. 32.

De leden van de fracties van Groenlinks en PvdA vragen naar de interpretatie van de cijfers van het Nivel-onderzoek naar zorgmijding.

Uit het Nivel-onderzoek komt het volgende naar voren:

- een vragenlijst wijst uit dat in 2015 in totaal 3% van de mensen vanwege financiële redenen af heeft gezien van een huisartsenbezoek. Dit percentage is sinds 2009 gelijk gebleven;
- zorgregistraties en declaratiedata laten zien dat het percentage mensen dat een verwijzing naar de medisch specialist niet ophaalt sinds 2010 stijgt. De grootste stijging vond echter vóór de forse stijging van het eigen risico in 2013 plaats. Van 2010 op 2011 steeg namelijk het percentage verzekerden dat een verwijzing niet opvolgde van 18% naar 23%, terwijl de stijging van 2012 op 2013 met 1 procentpunt (van 26% naar 27%) relatief beperkt was;
- zorgregistraties en declaratiedata laten zien dat het percentage mensen dat een geneesmiddel niet ophaalt in 2014 op 29% lag. Dit is lager dan in 2008 en 2009. Toen haalde respectievelijk 34% en 35% een geneesmiddel niet op.

Bovenstaande cijfers laten zien dat de stijging van het verplicht eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Er zijn dus aanwijzingen dat ook niet-financiële redenen een rol spelen bij het mijden van zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de verwachting dat de klacht vanzelf overgaat of angst voor de dokter.

Genoemde leden wijzen er op dat uit het Nivel-onderzoek blijkt dat de helft van de mensen die een advies van de huisarts niet opvolgt dit vanwege de eventuele kosten niet doet. Naar aanleiding hiervan wordt opgemerkt dat deze bevinding gebaseerd is op een zeer kleine groep respondenten (15 van de 29 mensen hadden dit aangegeven). Deze aantallen zijn zo klein omdat slechts 2 procent van alle respondenten had aangegeven een advies van de huisarts niet te hebben opgevolgd. Het Nivel heeft hierover opgemerkt dat de uitkomsten van de vragenlijst niet geschikt zijn voor het bepalen van het percentage verzekerden dat vervolgzorg heeft gemedend.

De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA vragen of de regering ook vindt dat er een vervolgonderzoek zou moeten komen om de effecten van de stijging van het eigen risico sinds 2013 op zorgmijding verder in kaart te brengen.

Thans lopen reeds verschillende onderzoeken die gerelateerd zijn aan het onderwerp zorgmijding. Zo doet het CPB onderzoek naar de omvang van het remgeldeffect bij het herverzekeren van het eigen risico bij gemeentepolissen. Daarnaast onderzoekt het Nivel het kennisniveau van (groepen) verzekerden over de verschillende maatregelen om de financiële toegankelijkheid tot zorg te borgen. De regering kiest ervoor om eerst die lopende onderzoeken af te wachten en op basis van de conclusies daarvan te bepalen of er een vervolgonderzoek zou moeten plaatsvinden. Op dit moment moet naar de mening van de regering de focus liggen op het borgen van de financiële toegankelijkheid tot zorg. Hiertoe zijn reeds verschillende maatregelen genomen (een volledig overzicht van deze maatregelen is op 3 november 2016 aan de Tweede Kamer verzonden⁵), maar het is ook belangrijk dat verzekerden hiervan op de hoogte zijn. Vorig jaar hebben twee werkconferenties voor gemeenten, cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en het CAK plaatsgevonden over de rol van gemeenten met betrekking tot de informatievoorziening over eigen betalingen en het voorkomen van zorgmijding. Gemeenten zijn toen

⁵ Kamerstukken II 2016/17, 29 538, nr. 231.

opgeroepen een helder informatiepunt (één loket) in te richten en actief op zoek te gaan naar de doelgroep die zich doorgaans niet vanzelf meldt.⁶ Op basis van de resultaten van de lopende onderzoeken wordt ook bezien of de informatievoorziening over de maatregelen geïntensiveerd moet worden. De resultaten worden naar verwachting na het zomerreces naar de Tweede Kamer gestuurd.

De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA vragen of de regering ook vindt dat het mijden van noodzakelijke zorg ten koste kan gaan van de betaalbaarheid van het stelsel op de lange termijn, aangezien klachten later vaak lastiger te behandelen zijn.

Om negatieve effecten op de lange termijn te voorkomen is huisartsenzorg uitgezonderd van het eigen risico. Deze uitzondering dient ervoor te zorgen dat verzekerden zich niet belemmerd voelen om bij gezondheidsklachten hun huisarts te raadplegen. De huisarts vervult vervolgens een belangrijke poortwachtersfunctie tot vervolgzorg. Bovendien hebben mensen ook een eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van hun gezondheid. Dit is ruimer dan alleen de financiële afweging ten aanzien van het eigen risico. Dit raakt bijvoorbeeld ook aan aanpassingen in leefstijl, waardoor (duurdere) vervolgzorg kan worden voorkomen.

De Minister voor Medische Zorg en Sport,
B.J. Bruins

⁶ Kamerstukken II 2016/17, 29 689, nr. 846.