

Vergaderjaar 2011–2012

**33 288**

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

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 29 juni 2012

#### **ALGEMEEN**

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag op het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Om een zorgvuldige invoering van de wet per 1 januari 2013 door onder andere zorgverzekeraars te waarborgen, is het immers van belang dat het voorstel voor het zomerreces door beide Kamers der Staten-Generaal is aanvaard. In dat geval ontstaat ook in een vroegtijdig stadium helderheid voor burgers en patiënten. Bij de beantwoording van de vragen heb ik aangesloten bij de volgorde van het voorlopig verslag.

#### **Inleiding**

De leden van de PvdA-fractie hebben met bezorgdheid kennis genomen van de voorgestelde wijzigingen van de zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ter uitvoering van het begrotingsakkoord 2013. Zij sluiten niet uit dat een aantal vragen reeds in de Tweede Kamer aan de orde is geweest. Door de beperkte tijd zijn deze leden niet in de gelegenheid geweest dit uit te zoeken en zij verzoeken de regering voor zover dat het geval is opnieuw de antwoorden te verschaffen.

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Zij hebben naar aanleiding daarvan nog enige vragen.

De leden van de SP-fractie, daarin gesteund door de leden van de fractie van GroenLinks, wijzen erop dat het wetsvoorstel onder stoom en kokend water aan de Eerste Kamer is aangeboden. Hoewel de Kamer heeft aangegeven ten aanzien van de afhandeling ervan een positieve grondhouding aan te willen nemen, is de voorbereidingstijd echter dermate kort dat het voor parttime werkende Kamerleden zonder ondersteuning

onmogelijk is om alle materie op tijd adequaat te doorgronden. Het kan daardoor voorkomen dat de gestelde vragen (deels) al beantwoord zijn in eerdere stukken of tijdens de behandeling in de Tweede Kamer. Deze leden vragen hiervoor bij voorbaat excuses.

Vanzelfsprekend ben ik bereid alle gestelde vragen te beantwoorden. Ik waardeer het zeer dat de commissie op een dergelijk korte termijn haar reactie op het voorstel van wet heeft willen geven.

### **Samenhang met andere regelgeving**

De leden van de PvdA-fractie geven aan dat naar hun oordeel de samenhang tussen de verschillende wijzigingen in de wet en de voorgenomen aanpassingen van algemene maatregelen van bestuur en ministeriële regelingen onduidelijk is. Nu de Eerste Kamer gevraagd wordt het voorstel vóór het zomerreces te behandelen, verzoeken deze leden de regering de samenhang te verduidelijken en aan te geven waaruit deze bestaat. De vraag is des te nijpender nu in de brief van 18 juni 2012 wordt aangekondigd dat met terugwerkende kracht het ontwerpbesluit voor de eigen bijdragen in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal worden aangepast omdat de juridische grondslag niet correct zou zijn.

De samenhang tussen het onderhavige wetsvoorstel en de met mijn brief van 13 juni 2012 (Z-3119499), op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) bij Uw Kamer voorgehangen ontwerpbesluit houdende wijziging van onder meer het Besluit zorgverzekering en het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met maatregelen 2013 in het zorgpakket is dat beide maatregelen uit het Begrotingsakkoord 2013 bevatten. Anders dan het voorstel van wet, bevat het ontwerpbesluit echter ook andere maatregelen.

Het voorstel van wet bevat maatregelen op het terrein van zorg die wijziging van formele wetten vereisen. Het gaat om:

- a. de verzachting van de eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg, en
- b. de verhoging van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering met de daarmee samenhangende wijziging voor compensatie eigen risico.

Het voorstel van wet voorziet in een aan de Zorgverzekeringswet toe te voegen artikel 11a. Het zesde en het zevende lid van dat artikel regelen een bevoegdheid voor het treffen van een algemene maatregel van bestuur. Deze algemene maatregel van bestuur is nog in voorbereiding. Het op 13 juni 2012 bij Uw Kamer voorgehangen ontwerpbesluit is dus niet de algemene maatregel van bestuur die op grond van het voorstel van wet wordt getroffen als dat voorstel tot wet wordt verheven.

Het voorgehangen ontwerpbesluit is gebaseerd op al bestaande bevoegdheden in de Zorgverzekeringswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet marktordening gezondheidszorg. Naast maatregelen uit hoofde van het Begrotingsakkoord 2013 bevat dit ontwerpbesluit ook maatregelen uit het Regeerakkoord, het Pakketadvies 2012 van het College voor zorgverzekeringen en de heroriëntatie hulpmiddelen. Het gaat hier om een ontwerpbesluit zoals dat jaarlijks wordt getroffen ten behoeve van de zorgverzekering voor het komende jaar.

De brief van 18 juni 2012, Z-3119846, heeft betrekking op dit ontwerpbesluit. In die brief wordt aangegeven dat het ontwerpbesluit nog zal worden gewijzigd voordat het na afloop van de voorhangperiode aan de Raad van State voor advies wordt gezonden.

Ter nadere verduidelijking van mijn brief van 18 juni 2012 merk ik het volgende op.

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 bijdrageregeling 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.

Verder heeft de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met haar brief van 15 juni 2012, Z-3117908, het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit wachttijd bijzondere ziektekostenverzekering en van het Besluit zorgaanspraken AWBZ in verband met de voorwaarden voor en de vergoeding van de aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de vaststelling van een wachttijd voor deze aanspraken, op grond van artikel 10, derde lid, eerste volzin, aanhef en onderdeel b, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten bij Uw Kamer voorgehangen. Dit ontwerpbesluit staat geheel los van het Begrotingsakkoord 2013. Het gaat hier om uitvoering van de Wet van 2 februari 2012, houdende regels met betrekking tot de aanspraken op langdurige zorg buiten Nederland en de financiering van deze aanspraken (Wet AWBZ-zorg buitenland).

Wat het verhoogd eigen risico betreft stellen deze leden vast dat er inmiddels sprake is van een groot aantal verschillende regelingen: van eigen risico, tot eigen betaling en vermogenstoets. Voor al deze regelingen geldt dat de verantwoordelijkheid bij de burger komt te liggen. Kan de regering aangeven hoe het eigen risico – en meer in het bijzonder de forse verhoging ervan – zich verhoudt tot het bredere pakket aan eigen betalingen? Licht hier ook een inhoudelijke opvatting over de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en burgers aan ten grondslag? Kan de regering deze opvatting nader uiteenzetten?

De maatregelen uit het begrotingsakkoord dragen bij aan de houdbaarheid van de overheidsfinanciën. Door middel van eigen betalingen (eigen risico en eigen bijdragen) betalen mensen een gedeelte mee aan hun zorggebruik. Ook verbeteren eigen betalingen het kostenbewustzijn van patiënten. De regering heeft er voor gekozen om de verhoging van het verplicht eigen risico voor de laagste inkomens volledig te compenseren. Ook worden de eigen bijdragen behandeling tweedelijns GGZ voor de laagste inkomens gecompenseerd per 2013. Het

begrotingsakkoord bestaat overigens uit een combinatie van verschillende maatregelen.

### **Gevolgen verhoging eigen risico en compensatie**

Met dit voorstel wordt het eigen risico verhoogd naar € 350. Het is de leden van de PvdA-fractie niet duidelijk op basis van welke argumenten voor dit bedrag is gekozen. Is het een kille bezuiniging of hebben zorginhoudelijke argumenten ook nog een rol gespeeld?

Bij het opstellen van het Begrotingsakkoord 2013 heeft de regering er voor gekozen om voor € 800 mln. te bezuinigen via het 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 mln. De jaarlijkse indexatie van het huidige bedrag van € 220 leidt tot een bedrag van € 235 in 2013. De verhoging met € 115 leidt tot een verplicht eigen risico van € 350.

Is overwogen om de uitbetaling van de compensatie voor het verhoogde eigen risico via de zorgtoeslag in een keer in januari te laten plaatsvinden zodat de onrechtvaardige belasting van kwetsbare groepen met hoge zorgkosten tijdiger kan worden opgevangen? Kan de regering haar standpunt hierover nader toelichten?

Indien in het begin van het jaar een groter deel van de zorgtoeslag zou worden uitgekeerd, bestaat het risico dat huishoudens met een laag inkomen die laat in het jaar met het eigen risico worden geconfronteerd, de eerder ontvangen zorgtoeslag al hebben aangewend voor de betalingen van andere uitgaven. Daarom is niet overwogen om in januari een groter deel van de zorgtoeslag uit te keren.

Zorgverzekeraars bieden overigens 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.

Op welke wijze houdt de minister de effecten van het verhoogde eigen risico op de betaalbaarheid van de zorg voor chronisch zieken en gehandicapten in de gaten en hoe informeert zij de Eerste Kamer hierover?

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 sterkste schouders dragen dus de zwaarste lasten. Er is dan ook wel degelijk sprake van het eerlijk verdelen van de lasten.

De leden van de PVV-fractie hebben een vraag met betrekking tot de compensatie van het verplicht eigen risico (CER). Is de regering bereid de uitvoering van de compensatie van de verhoging van het eigen risico uitsluitend via CER te laten verlopen? Deze leden zijn van mening dat dit het enige juiste instrument is om mensen te compenseren voor het eigen risico in de zorg. Bovendien wordt er bij compensatie van het eigen risico via de zorgtoeslag niet gekeken naar het zorggebruik; dit gaat derhalve voorbij aan het doel van het eigen risico. Graag krijgen deze leden hierop een reactie.

In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om verzekerden met een laag inkomen te ontzien voor de verhoging van het verplicht eigen risico. De compensatie via de zorgtoeslag is inderdaad 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. 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.

Is de regering bereid de compensatie voor het eigen risico in zijn geheel in januari uit te betalen, gezien het feit dat veel chronisch zieken en gehandicapten al in januari hun volledig verplicht eigen risico opmaken? Daarbij brengen deze leden onder de aandacht dat diverse zorgverzekeraars hebben gemeld dat het aantal aanvragen voor betalingsregelingen elke maand stijgt.

Voor zover de leden van de PVV-fractie bedoelen te vragen of de verhoging van de zorgtoeslag als compensatie voor de verhoging van het eigen risico volledig in januari kan worden uitbetaald geldt, zoals eerder opgemerkt in antwoord op vragen van de PvdA-fractie, het volgende. Indien in het begin van het jaar een groter deel van de zorgtoeslag zou worden uitgekeerd bestaat het risico dat huishoudens met een laag inkomen die laat in het jaar met het eigen risico worden geconfronteerd, de eerder ontvangen zorgtoeslag al hebben aangewend voor de betalingen van andere uitgaven. Daarom is niet overwogen om in januari een groter deel van de zorgtoeslag uit te keren.

De leden van de fracties van SP en GroenLinks wijzen erop dat in de nota naar aanleiding van het verslag<sup>1</sup> wordt gemeld dat de forse verhoging van het eigen risico het kostenbewustzijn van verzekerden beoogt te verbeteren. Over welke verzekerden het dan gaat dan? De regering kan toch niet van mening zijn dat chronisch zieken en bejaarden zich niet bewust zijn van de kosten van hun ziek zijn. De ervaring van de leden van deze fracties is dat ze zich dat maar al te zeer bewust zijn en zich er zelfs vaak schuldig

---

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/2012, 33 288, nr. 6, p. 2.

onder voelen. Graag krijgen zij hierop een nadere toelichting.

Beter inzicht in de kosten van zorg draagt mijns inziens bij aan zinnig en zuinig gebruik van de zorg. Dat geldt niet alleen voor patiënten (in den brede), maar bijvoorbeeld ook voor zorgverzekeraars en zorgverleners. Daarom werk ik op verschillende terreinen aan het onderwerp kostenbewustzijn en heb ik daarover afspraken gemaakt met veldpartijen (o.a. NFU, NPCF, NVZ en ZN). Daarbij gaat het onder meer om afspraken over inzage in declaratieoverzichten, gesprekken tussen zorgverzekeraars en medisch specialisten en de aanpak van no-shows.

Ik vind dat eigen bijdragen en het eigen risico een essentieel onderdeel zijn van een houdbaar systeem in de zorg. Zij helpen het kostenbewustzijn te verbeteren en de collectieve lasten verder te verlagen. Daarbij krijgt iedere verzekerde die zorg gebruikt beter zicht op de kosten daarvan, omdat hij meer direct zelf betaalt en minder via de premie.

Voor de leden van deze fracties is het onduidelijk of de compensatie eigen risico (CER) en de zorgtoeslag naast elkaar blijven bestaan, dan wel of er in ieder geval voor de minima en tot 110% van het sociaal minimum alleen een hogere zorgtoeslag geldt. Deze leden begrijpen dat met dit wetsvoorstel de zorgtoeslag wordt verhoogd tot maximaal € 115 voor eenpersoons huishoudens en € 230 voor tweepersoons huishoudens, op het sociale minimum. In feite lijkt dan de zorgtoeslag te gaan fungeren als een soort CER. Of komt deze groep ook nog in aanmerking voor de CER van € 54, indien zij geconfronteerd worden met zeer hoge zorgkosten? Zo nee, in welke gevallen blijft de CER wel bestaan?

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 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. Vanwege deze volledige compensatie wordt voor eenpersoons huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen de zorgtoeslag met € 115 verhoogd en voor huishoudens met een inkomen tot het minimuminkomen bestaande uit twee verzekerden van 18 jaar of ouder, met € 230. Dit betekent dat huishoudens met een inkomen tot het minimuminkomen (verzamelinkomen) volledig gecompenseerd worden voor de verhoging van het verplicht eigen risico. Huishoudens met een inkomen daarboven ontvangen geleidelijk minder zorgtoeslag en dus minder compensatie. Voor deze maatregel geldt dus niet een grens van 110% van het geldend sociaal minimum.

Deze groep verzekerden die gecompenseerd wordt door verhoging van de zorgtoeslag, kunnen daarnaast in aanmerking komen voor de CER. De CER is bedoeld om burgers die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken te compenseren voor hun additionele kosten. De criteria om voor de CER in aanmerking te komen, veranderen niet met ingang van 2013. De CER blijft dus bestaan naast de compensatie door verhoging van de zorgtoeslag.

De verhoging van het verplicht eigen risico met € 115 heeft op basis van het onderhavige wetsvoorstel geen invloed op de hoogte van de CER.

Hoe wordt de verhoogde zorgtoeslag uitgekeerd, in één keer of maandelijks? De maximale zorgtoeslag is € 115. Wat is de minimale uitkering en voor welke inkomensgroep geldt die?

De zorgtoeslag wordt maandelijks uitgekeerd door de Belastingdienst.

Voor zover de fracties van de SP en GroenLinks vragen naar de hoogte van de minimale uitkering van de zorgtoeslag en het daarbij behorende inkomen het volgende. De compensatie voor het hogere eigen risico komt terecht bij alleenstaanden met een belastbaar huishoudinkomen tot circa € 31 000. Bij dat inkomen bestaat het recht op de minimale zorgtoeslag van € 24.

Bij meerpersoonshuishoudens komt de compensatie terecht bij huishoudens met een belastbaar inkomen tot circa € 42 500. Daarbij bestaat recht op de minimale zorgtoeslag van € 24.

Is het de regering bekend dat veel chronisch zieken met een hoge zorgconsumptie al in de eerste maand(en) van het jaar ten gevolge van kosten voor medicijnen, laboratoriumonderzoek en specialistenbezoek door hun eigen risico heen zijn, zelfs als dat € 350 gaat bedragen? De kans is reëel dat gezinnen op minimumniveau met meerdere chronisch zieken met een hoge zorgconsumptie al in de eerste maanden van volgend jaar in een uitzichtloze situatie raken. Wiens verantwoordelijkheid is dat? De kostenbewuste getroffen, die aan den lijve ondervinden zelfs geen geld voor eten/drinken over te hebben, de gemeenten of de regering?

Het is inderdaad mogelijk dat bepaalde groepen verzekerden al in de eerste maanden van het jaar hun volledige eigen risico volmaken. Zoals ook al opgemerkt naar aanleiding van een vraag van de leden van de PvdA-fractie bieden zorgverzekeraars 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.

Bij wanbetalers en onterecht onverzekerden kan de zorgtoeslag in zijn geheel worden gevorderd om een deel van de zorgverzekering te betalen. Blijft die mogelijkheid bij deze hogere zorgtoeslag bestaan? Is hiervoor een wetswijziging nodig?

In artikel 18f, zesde lid van de Zvw, is bepaald dat alleen de volledige zorgtoeslag kan worden ingehouden. Dit betekent dat dit ook geldt voor de hogere zorgtoeslag als gevolg van de compensatie van de verhoging van het eigen risico. Deze wettelijke mogelijkheid is ingevoerd met de Wet Structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering (in werking per 1 september 2009), maar deze mogelijkheid zal eerst per 1 januari 2013 worden benut en geïmplementeerd. Er is geen wetswijziging nodig.

De regering verwacht dat als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61 en

ook dat de zorgverzekeraars dit gedeeltelijke voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Op deze verwachting volgt steeds de mantra dat een zorgverzekeraar zichzelf uit de markt prijst ten opzichte van andere zorgverzekeraars als hij de premie niet verlaagt. Hoe reëel is deze verwachting gelet op het zeer beperkte aantal zorgverzekeraars op de markt? Gaat de regering een aanwijzing geven aan de zorgverzekeraars als de premie collectief niet wordt verlaagd?

Zoals de leden van de fracties van de SP en GroenLinks aangeven, dalen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars met gemiddeld € 61. De verwachting van de regering is dat zorgverzekeraars deze lagere kosten uit hoofde van de verhoging van het eigen risico zullen meenemen bij de premievaststelling voor 2013, hetgeen een verlagend effect heeft op de premie voor verzekerden. Deze verwachting is gerechtvaardigd gegeven de scherpe concurrentie op de premie van de basisverzekering. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt. Voor de premievaststelling 2013 is evenwel niet enkel deze kostenverlaging als gevolg van de onderhavige verhoging van het eigen risico van belang. Ook andere effecten spelen daarbij mee, zoals bijvoorbeeld de overheveling van de geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw, die tot hogere kosten voor de zorgverzekeraars zal leiden. Kortom, de premie is per saldo het resultaat van zowel verlagende als verhogende effecten op de kosten voor de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars hebben de vrijheid zelf de hoogte van de premie vast te stellen. Ik heb niet de bevoegdheid een aanwijzing aan de zorgverzekeraars te geven als de premie collectief niet wordt verlaagd.

### **Opbrengst verhoging eigen risico**

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is de verhoging van het eigen risico ongedaan te maken, aangezien deze maatregel in de uitvoering bijna driekwart van de kostenopbrengst vergt: de netto opbrengst voor de schatkist is namelijk slechts € 240 mln (€ 800 mln. minus meerkosten van € 560 mln). Zij krijgen hierop graag een reactie.

De verhoging van het eigen risico levert een opbrengst van € 800 mln op. Ter compensatie van dat eigen risico wordt de zorgtoeslag met € 560 mln verhoogd. Dit is een lastenverlichting voor huishoudens met de laagste inkomens. Deze lastenverlichting wordt budgettair gecompenseerd via een lastenverzwaring voor alle huishoudens. Per saldo resulteert er dan de opbrengst van € 800 mln die is ingeboekt in het begrotingsakkoord en die nodig is om de overheidsfinanciën op orde te krijgen.

Ook de leden van de SP-fractie hebben, mede namens de fractie van GroenLinks, een vraag over de opbrengst van het verhoogde eigen risico. In de memorie van toelichting wordt vermeld dat het hogere verplichte eigen risico naar verwachting leidt tot een toename van de niet-belastingontvangsten met € 800 mln (ze vallen wel onder het Budgettair Kader Zorg (BKZ), echter niet onder het netto-BKZ, dat begrensd is). De netto-BKZ-uitgaven dalen naar verwachting als gevolg van het hogere verplichte eigen risico met € 800 mln. De verstrekte tegemoetkomingen eigen bijdrage GGZ belasten naar verwachting het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds met € 55 mln. Op een vraag van de leden van de PvdA-fractie in de Tweede Kamer wordt in de nota naar aanleiding van verslag<sup>1</sup> vermeld dat de stijging van de zorgtoeslag van € 560 mln niet tot de uitgaven voor het BKZ behoort. Klopt de constatering van de leden van deze fracties dat de maatregelen die met dit wetsvoorstel op zorggebied worden voorgesteld weliswaar een besparing van € 800 mln inhouden, maar dat dit effect macro voor

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2011/2012, 33 288, nr. 6, p. 10.

een groot deel weer teniet wordt gedaan door een stijging van € 615 mln (€ 560 en € 55 mln) op andere gebieden? Graag krijgen zij hierop een duidelijke toelichting.

Het begrotingsakkoord 2013 bevat op het terrein van de zorg een aantal onderdelen. Een daarvan is de verhoging van het eigen risico met compensatie via de zorgtoeslag. Daarnaast is er ook een aantal andere maatregelen dat tot lagere uitgaven leidt.

In het kader van het begrotingsakkoord is ook besloten tot het terugdraaien van een aantal maatregelen waartoe eerder was besloten. Daartoe behoort het verzachten van de eigen bijdrage GGZ. Deze laatste maatregel dient dus niet ter compensatie van de verhoging van het eigen risico, maar dient te worden gezien in het kader van het totale pakket aan maatregelen waartoe is besloten.

Zoals hiervoor opgemerkt in antwoord op een vraag van de PVV-fractie levert de verhoging van het eigen risico een opbrengst van € 800 mln op. Ter compensatie van dat eigen risico wordt de zorgtoeslag met € 560 mln verhoogd. Dit is een lastenverlichting voor huishoudens met de laagste inkomens. Deze lastenverlichting wordt budgettair gecompenseerd via een lastenverzwaring voor alle huishoudens. Per saldo resulteert er dan de opbrengst van € 800 mln die is ingeboekt in het begrotingsakkoord en die nodig is om de overheidsfinanciën op orde te krijgen.

In het wetsvoorstel is met de nota van wijziging een lid toegevoegd aan artikel 11a, te weten lid 8 waarin wordt vermeld dat de minister aan zorgverzekeraars een vergoeding kan toekennen voor het verstrekken van de persoonsgegevens als bedoeld in het vierde lid. In welke gevallen denkt de regering dat dit nodig zal zijn? Verwacht de regering dat het een substantieel bedrag zal zijn, dat dan weer afgaat van de verwachte opbrengst van € 800 mln? Hebben de zorgverzekeraars aangegeven bepaalde voorwaarden aan de verstrekking te willen stellen, waaronder een financiële vergoeding?

Op dit moment verwacht ik niet dat een vergoeding aan zorgverzekeraars nodig zal zijn. De regeling voor de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor de behandeling in de tweedelijns GGZ leidt naar verwachting slechts tot een marginale stijging van de administratieve lasten voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben nog niet om een dergelijke vergoeding gevraagd. In het onderhavige wetsvoorstel is een grondslag voor een eventuele vergoedingsregeling opgenomen, voor het geval zou blijken dat het toekennen van een vergoeding aan zorgverzekeraars toch in de rede ligt.

### **Keuze voor verhoging eigen risico**

De leden van de PvdA-fractie vragen of de regering bij de keuze voor een forse verhoging van het eigen risico ook naar andere varianten gekeken. En meer in het bijzonder, naar de variant om een vrije voet in te voeren voor patiënten met een chronische aandoening? Welke afweging heeft ten grondslag gelegen aan de uiteindelijke keuze voor een verhoging van het eigen risico? Is het inkomensafhankelijke eigen risico overwogen en waarom is daar niet voor gekozen?

De regering heeft gekozen voor maatregelen die per 1 januari 2013 kunnen worden ingevoerd. De gekozen oplossing van een verhoging van het eigen risico met € 115 voor iedereen en compensatie via de zorgtoeslag ontziet de huishoudens met laagste inkomens volledig en andere huishoudens worden afhankelijk van hun inkomen gedeeltelijk ontzien. De lasten worden dus evenredig gedragen. Een volledig andere financiering van de Zvw en de invoering van een inkomensafhankelijk

eigen risico zijn dusdanig ingrijpend dat een zorgvuldige uitvoering per 1 januari 2013 niet geborgd zou zijn.

Ook de leden van de fracties van SP en GroenLinks vragen of de regering bereid is onderzoek te doen naar een eenvoudige en gerichte compensatie van eigen betalingen in ZVW, AWBZ en WMO, waarbij een inkomensafhankelijk maximum geldt voor het totaal aan eigen betalingen.

Door middel van eigen betalingen (eigen risico en eigen bijdragen) betalen mensen zelf een gedeelte mee aan hun zorggebruik. Ook verbeteren eigen betalingen het kostenbewustzijn van patiënten. Daarnaast worden eigen bijdragen ingezet als mensen door het gebruik van zorg kosten uitsparen, die zij zonder deze zorg wel hadden moeten maken. Het gaat dan bijvoorbeeld om de voorgestelde eigen bijdrage voor de ligdagen en om de bestaande eigen bijdrage voor orthopedische schoenen. Compensatie in den brede ligt dan ook niet voor de hand. In het begrotingsakkoord is er voor gekozen om de verhoging van het verplicht eigen risico voor de laagste inkomens volledig te compenseren. Ook worden de eigen bijdragen behandeling tweedelijns GGZ voor de laagste inkomens volledig gecompenseerd per 2013. Het is essentieel dat de zorg in 2013 voor iedereen toegankelijk is, ook voor kwetsbare groepen.

Gegeven de gememoreerde inhoudelijke motivatie voor eigen betalingen alsmede de volledige compensatie voor mensen met de laagste inkomens voor de verhoging van het eigen risico en de eigen bijdragen behandeling tweedelijns GGZ, ligt het gevraagde onderzoek niet in de rede.

### **Eigen bijdrage ligdag en hoortoestellen**

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering bereid is een maximum van 10 dagen per jaar in te stellen voor het betalen van de eigen bijdrage van € 7,50 als liggeld in het ziekenhuis. Het betreft namelijk geen eigen keuze en het is niet beïnvloedbaar; bovendien kan het bedrag behoorlijk oplopen.

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.

Deze leden vinden het dan ook onwenselijk dat er liggeld moet worden betaald bij ziekenhuisopnames. Is de regering voorts bereid de ligduur te monitoren om een mogelijk verband met de invoering van de eigen bijdrage vast te kunnen stellen? Deze leden wijzen er in dit verband op dat de ligduur de afgelopen jaren is gedaald en dat Nederland de kortste ligduur heeft van de ons omringende landen. Hier is geen efficiëncyslag meer te behalen. De invoering van de eigen bijdrage is puur een lastenverzwaring voor de patiënt, waardoor patiënten mogelijk ziekenhuiszorg gaan mijden om kosten te besparen.

De eigen bijdrage voor een ligdag is niet bedoeld om de liduur te bekorten. Ingeval van een ziekenhuisopname worden er kosten bespaard die anders thuis zouden zijn gemaakt, zoals kosten voor eten en drinken. De vijf partijen van het Begrotingsakkoord 2013 vinden het daarom redelijk een bedrag van € 7,50 per dag te vragen voor besparing op bedoelde kosten. Monitoring van het effect van de eigen bijdrage op de ligduur is daarom niet zinvol.

Is de regering bereid 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 eigen bijdrage regeling dubbel getroffen worden?

Ik zie geen redenen om mensen die tweezijdig slechthorend zijn anders te behandelen dan diegenen die eenzijdig slechthorend zijn. Dat is nu niet het geval en zal vanaf 2013 ook niet nodig zijn. Ik verwacht dat het merendeel van de slechthorenden, in het bijzonder diegenen die tweezijdig slechthorend zijn, juist gebaat is met de nieuwe maatregel. Het CVZ gaf het in zijn advies in 2010 al aan. De huidige gemiddelde prijs per hoortoestel bedraagt € 1 200, de maximale vergoeding bedraagt circa € 500. Dit houdt in dat een gebruiker die twee hoortoestellen nodig heeft, nu al € 1 400 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. 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. Met een functiegerichte omschrijving van de aanspraak van de hoorhulpmiddelen en het loslaten van de maximum vergoeding zal de verzekeraar namelijk zijn kennis en volumevoordeel inzetten om scherp in te kopen voor zijn verzekerden.

De leden van de SP-fractie vragen, mede namens de fractie van Groen-Links, hoe de eigen bijdrage van € 7,50 per ligdag is geregeld? Gebeurt dit per ministeriële regeling? Is die al gereed en ter inzage? Geldt deze bijdrage ook voor kinderen? Wordt het aantal dagen waarover € 7,50 betaald moet worden ook gemaximeerd? Wie moet de bijdrage innen: ziekenhuizen, zorgverzekeraars of CAK? Is het onderdeel van een DOT? Als mensen niet kunnen of willen betalen, moeten ze dan uit het ziekenhuis verwijderd worden? Als ze in het ziekenhuis overlijden, moet de familie dan betalen? Als de kosten bedoeld zijn voor eten, drinken en/of verzorging, mogen familieleden deze zorg dan op zich nemen, zoals vaak in Afrika gebeurt? Is het de regering bekend dat ziekenhuisopname van een familielid voor familie vaak extra kosten met zich meebrengt, zoals kosten voor reizen, extra wassen en zorg? Graag krijgen de leden van deze fracties hierop een reactie.

Dat een eigen bijdrage per ligdag moet worden betaald, wordt in het Besluit zorgverzekering geregeld. Alleen het bedrag zelf (€ 7,50) wordt bij ministeriële regeling geregeld, te weten in de Regeling zorgverzekering. Het ontwerpbesluit waarmee het Besluit zorgverzekering ten behoeve van de invoering van deze maatregel wordt gewijzigd, is met mijn brief van 13 juni 2012, Z-3119499, op grond van artikel 124 van de Zorgverzekeringswet bij Uw Kamer voorgehangen. Met artikel I, onderdeel I, wordt aan het Besluit zorgverzekering een artikel 2.16e toegevoegd. In dat artikel wordt de eigen bijdrage per ligdag geregeld. Daarin is ook geregeld dat de eigen bijdrage geldt voor verzekerden die op het moment van opname achttien jaar of ouder zijn. De eigen bijdrage geldt dus niet voor kinderen. Het aantal dagen waarover de eigen bijdrage moet worden betaald, wordt niet gemaximeerd. De eigen bijdrage betreft immers een bedrag voor besparing op kosten voor onder meer eten en drinken. Het gaat om een bedrag per dag. Elke dag dat iemand is opgenomen, bespaart hij weer die kosten. Maximering ligt dus niet voor de hand.

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. Het CAK heeft hier geen taak in en zal deze eigen bijdrage dus niet innen. De eigen bijdrage is geen onderdeel van een DOT. Het betalen van de eigen

bijdrage is geen voorwaarde voor het verkrijgen van de zorg die ten laste van de zorgverzekering komt. Als mensen de eigen bijdrage niet kunnen of willen betalen, worden zij dus niet uit het ziekenhuis verwijderd. Als zij in het ziekenhuis overlijden, komt de eigen bijdrage ten laste van de nalatenschap, zoals dat ook voor andere tijdens het leven gemaakte schulden geldt. De eigen bijdrage blijft ook verschuldigd als familieleden voedsel voor betrokkene meenemen naar het ziekenhuis. 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.

### **Eigen bijdrage GGZ**

Wat de verzachting van de eigen bijdrage in de GGZ betreft, vragen de leden van de fractie van de PvdA naar de keuze voor een inkomensgrens, namelijk 110% van het minimumloon. Deze komt naar het oordeel van deze leden echter uit de lucht vallen. Waarop is deze keuze gebaseerd?

Er is aansluiting gezocht bij de grens voor het recht op categoriale bijzondere bijstand in artikel 35 negende lid, van de Wet werk en bijstand. Deze grens is 110% van het geldende sociaal minimum. In de op grond van dit wetsvoorstel vast te stellen algemene maatregel van bestuur worden de te hanteren inkomensgrenzen voor het recht op de tegemoetkoming opgenomen.

Heeft de regering laten uitrekenen hoeveel patiënten onder de 110% vallen en hoe groot de kans is dat deze groep alsnog zal afzien van noodzakelijke zorg?

Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de tegemoetkoming van de eigen bijdrage GGZ wordt geraamd op circa 250 000.<sup>1</sup> Het is niet mogelijk om vast te stellen in hoeverre die groep, ondanks de compensatie, afziet van noodzakelijke zorg.

Er is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, zorgaanbieders en zorgverzekeraars om net als vorig jaar patiënten goed te informeren over de eigen bijdragen in de GGZ, de uitzonderingen die hierbij gelden en de tegemoetkoming voor de laagste inkomens die in 2013 in gaat.

Waar het de rijksoverheid zelf betreft zal bekendmaking van de wijziging onderdeel zijn van de gebruikelijke publiekscommunicatie die gepaard gaat met wijzigingen in het (basis)zorgverzekeringspakket en andere wijzigingen in de zorg onder meer via de website rijksoverheid.nl. Zorgaanbieders en ook zorgverzekeraars hebben direct contact met mensen die gebruik maken van GGZ-zorg en kunnen hier op een juiste wijze informatie over verstrekken.

Ook de uitvoering baart deze leden grote zorgen. Is het risico niet heel groot dat er een overdaad aan bureaucratie wordt gecreëerd?

De voorgestelde tegemoetkoming in de eigen bijdrage behandeling tweedelijns GGZ is relatief eenvoudig, onder andere doordat er zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de uitvoering van de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en Wmo door het CAK.

In dit voorstel is gekozen voor het meewegen van het inkomen van de partner voor patiënten in de GGZ. Waarom is daarvoor gekozen? En wat voor gevolgen heeft deze keuze voor de privacy van de betrokken patiënt en zijn/haar partner?

---

<sup>1</sup> Het getal van 250 000 mensen is berekend op basis van CBS-cijfers en gegevens vanuit zorgverzekeraars en de Belastingdienst.

De aanspraak op de tegemoetkoming is afhankelijk van de draagkracht. Hierbij wordt rekening gehouden met het toetsingsinkomen van de cliënt

van de GGZ en dat van de partner. Dit komt overeen met artikel 7, eerste lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir). Hiermee wordt voorkomen dat tegemoetkomingen worden verstrekt aan verzekerden van wie het toetsingsinkomen van verzekerde en/of de partner relatief hoog is.

Door zowel het inkomen van de cliënt als dat van de partner te betrekken, wordt voorkomen dat de Belastingdienst de beschikking krijgt over persoonsgegevens betreffende de gezondheid van verzekerden. De Belastingdienst krijgt namelijk van het CAK een groot bestand met burgerservicenummers van zowel cliënten van de GGZ, als van partners en kan derhalve niet vaststellen wie GGZ-cliënt is. De Belastingdienst doet bij de levering van de inkomensgegevens uit de BRI geen onderzoek of het burgerservicenummer bij een alleenstaande of bij een persoon met een partner hoort. De Belastingdienst kan bij de levering van inkomensgegevens uit de BRI niet vaststellen of de burgerservicenummers betrekking hebben op GGZ-cliënten of partners van een GGZ-cliënt.

Ten slotte vragen de leden van de PvdA-fractie waarom de verzachting van de GGZ eigen bijdrage niet ook voor 2012 geldt?

In het Begrotingsakkoord 2013 is de afspraak gemaakt om de eigen bijdrage GGZ met ingang van 2013 deels te verzachten. De beschikbare financiële middelen zijn dan ook per 2013 vrijgemaakt.

De leden van de fracties van SP en GroenLinks informeren hoe de inning van de eigen bijdrage voor de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg door zorgverzekeraars verloopt. Wordt het aantal wanbetalers bijgehouden en gevoegd bij het grote leger van wanbetalers premie zorgverzekering?

Voor zover bij mij bekend loopt de inning van de eigen bijdrage GGZ door zorgverzekeraars, na aanvankelijke opstartproblemen, inmiddels goed.

Zorgverzekeraars kunnen daar waar nodig een betalingsregeling treffen met een verzekerde. Het is mij niet bekend of het (totale) aantal mensen dat hun eigen bijdrage GGZ niet of te laat betaalt wordt bijgehouden.

Vanuit het perspectief van verzekerden met lage inkomens is het van belang dat het moment waarop de tegemoetkoming wordt ontvangen zo kort mogelijk volgt op het moment waarop de zorgverzekeraar de eigen betaling bij de verzekerde in rekening brengt. Hiertoe initieer ik overleg met zorgverzekeraars, Vektis en het CAK.

Bij wanbetalers en onterecht onverzekerden kan de zorgtoeslag in zijn geheel worden gevorderd om een deel van de zorgverzekering te betalen. Bestaat een dergelijke mogelijkheid ook ten aanzien van de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ?

Eigen bijdragen, zoals die in de GGZ, vallen niet onder bepalingen voor wanbetalers waar eerder in deze antwoorden naar verwezen is. De eigen bijdrage GGZ wordt derhalve ook niet ingehouden op de zorgtoeslag. Voor zover de leden van de fracties van de SP en GroenLinks bedoelen te vragen of de eigen bijdrage GGZ verrekend kan worden met de tegemoetkoming in de eigen bijdrage GGZ, zoals die zal worden toegekend door het CAK, dan is het antwoord dat dat niet het geval is.

Wanneer is de eerste rapportage gereed waarin de effecten van de eigen bijdrage GGZ in kaart worden gebracht? Wordt hierin ook het effect meegenomen van de eigen bijdrage verblijf GGZ? Welke effecten worden in de rapportage meegenomen? De leden van deze fracties denken aan

effecten als minder gebruik van GGZ, meer overlast bij gemeenten, meer gedwongen opnames (omdat langer wordt gewacht met opname), stijgend medicatiegebruik (pillen zijn goedkoper dan praten), meer druk op de eerste lijn en meer suïcides.

Ik ben een monitor gestart naar de effecten van de invoering van de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ voor kwetsbare groepen. De eerste tussenresultaten van de monitor worden in september bekend, halverwege 2013 verwacht ik het eindrapport.

De monitor heeft onder andere betrekking op:

- het zorggebruik van patiënten; het aantal behandelcontacten en het aantal minuten. Hierbij wordt ook onderzocht in hoeverre het aantal crisisopnames of gedwongen opnames bijvoorbeeld toeneemt.
- de zorguitval: waarom stoppen patiënten (voortijdig) met de behandeling?
- de zorgverplaatsing: neemt bijvoorbeeld het beroep op de huisarts (1e lijn) toe? En gaan patiënten die stoppen met een behandeling ergens anders naartoe (bijvoorbeeld maatschappelijke opvang)?
- de zorgmijding: met behulp van registratiegegevens en een enquête onder huisartsen wordt retrospectief gekeken of patiënten zorg gaan mijden: hoe verhoudt het aantal nieuwe aanmeldingen zich ten opzichte van de voorgaande jaren?

Het aantal suïcides is geen onderdeel van de monitor. De motieven voor een suïcide zijn meestal onbekend. Het is dan ook niet mogelijk om een koppeling te leggen tussen de invoering van de eigen bijdrage in de GGZ en het aantal suïcides. Ook de toename van het medicijngebruik wordt niet meegenomen in de monitor.

Ook de eigen bijdrage die is ingevoerd voor het verblijf in een GGZ-instelling wordt niet bekeken in deze monitor. De eigen bijdrage verblijf is mede ingevoerd om aansluiting te vinden bij de AWBZ waar al een eigen bijdrage voor verblijf was ingevoerd.

Er zijn instellingen die de eigen bijdrage GGZ zelf betalen, evenals gemeenten die dat voor hun (met name overlast veroorzakende chronische psychiatrisch zieke) burgers doen. Is het de regering bekend voor hoeveel GGZ-cliënten er tot nu toe door anderen (gemeenten, zorgverzekeraars via een speciale aanvullende verzekering of speciale fondsen) de eigen bijdrage GGZ is betaald?

Het is mij niet bekend hoeveel en welke patiënten worden gecompenseerd voor de eigen bijdrage in de GGZ. Dit is beleid dat gemeenten dan wel instellingen zelf voeren, hier heb ik geen zicht op.

Kunnen zowel de instellingen als de betreffende gemeenten rechtstreeks de tegemoetkoming innen?

Dat is niet het geval. Het zijn de cliënten die vanuit het CAK de tegemoetkoming ontvangen, niet instellingen of gemeenten.

De eigen bijdrage voor de GGZ wordt verzacht voor minima en tot 110% van het sociaal minimum. De regering heeft aangegeven dat ongeveer 25% van de GGZ-cliënten hiervan zal profiteren. Dan blijft 75% over die wel de volle € 200/100 zal moeten betalen. Is het de regering bekend dat daar bijvoorbeeld ook gezinnen onder vallen (met bijvoorbeeld 4 kinderen, 2 van 12/14 jaar en 2 van 19/20 jaar) die in geval van ambulante therapie een veelvoud van € 200/100 moeten betalen? Multi-probleem gezinnen zitten nu eenmaal vaak in de lage inkomensgroepen. De leden van deze fracties vragen de regering hierop te reageren.

Bij de invoering van de eigen bijdrage GGZ is geregeld dat verzekerden tot 18 jaar geen eigen bijdrage hoeven te betalen. Daarnaast geldt dat in het Begrotingsakkoord 2013 de afspraak is gemaakt om de eigen bijdrage GGZ deels te verzachten door mensen met de laagste inkomens te compenseren voor de eigen bijdrage behandeling in de tweedelijns GGZ. Indien «multi-problem gezinnen» voldoen aan het inkomenscriterium tot niet meer dan 110% van het sociaal minimum krijgen ook deze gezinnen de betaalde eigen bijdrage(n) behandeling gecompenseerd.

Het CAK heeft in korte tijd een stapeling en uitbreiding van taken gekregen. Hoe staat het met de uitvoeringstoets? De leden van deze fracties hebben veel klachten over het functioneren van het CAK vernomen. Zijn deze klachten bekend bij de regering en worden ze serieus genomen?

De dienstverlening van het CAK heeft eind 2007 onder druk gestaan wat betreft de inning van de eigen bijdragen intramurale zorg. Inmiddels is de dienstverlening van het CAK sterk verbeterd. Naar verwachting zal het CAK de regeling voor de tegemoetkoming voor de eigen bijdragen GGZ vanaf 2013 naar behoren kunnen uitvoeren. Het CAK is gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen.

De leden van de fracties van SP en GroenLinks verbazen zich over het gemak waarmee ook weer met dit wetsvoorstel privacy van mensen wordt geschonden. Als vergoelijking wordt vermeld dat het CAK aan de belastingdienst burgerservicenummers van zowel de GGZ-cliënt als zijn/haar partner verstrekt, waardoor de belastingdienst niet kan vaststellen wie de GGZ-cliënt is. Deze redenering geldt dan toch alleen voor de mensen met partner?

Het antwoord hierop is nee. In aansluiting op hetgeen hierover eerder is opgerekt in antwoord op vragen van de PvdA-fractie het volgende. De gegevensaanvraag bij de Belastingdienst gaat niet één voor één. Vanuit het CAK gaan de burgerservicenummers in één bestand naar de Belastingdienst. Dit bestand bevat de burgerservicenummers van mensen die GGZ-cliënt zijn en van partners van GGZ-cliënten. Een door het CAK verstrekt burgerservicenummer kan bij een GGZ-cliënt behoren of bij een partner van een GGZ-cliënt. De Belastingdienst koppelt aan de verstrekte burgerservicenummers de bijbehorende inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen (BRI). De Belastingdienst doet bij de levering van de inkomensgegevens uit de BRI geen onderzoek of het burgerservicenummer bij een alleenstaande of bij een persoon met een partner hoort. De Belastingdienst kan bij de levering van inkomensgegevens uit de BRI niet vaststellen of de burgerservicenummers betrekking hebben op GGZ-cliënten of partners van een GGZ-cliënt.

### **Overig**

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 hiervoor niet zelf verantwoordelijk voor zijn?

Bij het Begrotingsakkoord 2013 hebben betrokken partijen afgesproken stoppen-met-rokenprogramma's weer in het pakket op te nemen en eenvoudige loophulpmiddelen uit het pakket te verwijderen. Ik ben niet voornemens hierop terug te komen.

De leden van de fracties van SP en GroenLinks constateren dat het stelsel dat met deze wetswijziging ontstaat erg ingewikkeld en lastig uit te leggen is. Op welke wijze gaat de regering de doelgroepen informeren over de voorgenomen maatregelen?

Waar het de rijksoverheid zelf betreft zal bekendmaking van de wijziging onderdeel zijn van de gebruikelijke publiekscommunicatie die gepaard gaat met wijzigingen in het (basis)zorgverzekeringspakket en andere wijzigingen in de zorg, onder meer via de website rijksoverheid.nl. Verder worden de burgers op de gebruikelijke manier geïnformeerd, door middel van de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars. Dit zal rond eind oktober begin november 2012 zijn.

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