

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**

**B**

### **VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT<sup>1</sup>**

Vastgesteld 17 juli 2018

De leden van de **CDA** fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorliggend wetsvoorstel, dat voortvloeit uit het regeerakkoord. Naar aanleiding van het voorstel hebben zij nog enkele vragen, waarbij de leden van de **PvdA**-fractie zich aansluiten.

De regering merkt op dat zij de maatregelen in het wetsvoorstel niet beschouwt in het kader van inkomensbeleid c.q. Inkomenssolidariteit. Terecht, immers de voorgestelde maatregel bevoordeelt ook hogere inkomensgroepen, die een hoger eigen risico zonder problemen kunnen opbrengen, en benadeelt inkomensgroepen die weinig zorg gebruiken en het eigen risico niet «vol» maken, maar nu wel geconfronteerd worden met een hogere premie, en benadeelt dan met name degenen die juist boven de grens van compensatie via de zorgtoeslag vallen. De leden van beide fracties vragen of deze redenering klopt. Welke rechtvaardiging ziet de regering hiervoor?

De regering beargumenteert de maatregel blijkens onder andere haar reactie op het advies van de Raad van State met name vanuit het perspectief van risicosolidariteit, waarbij degenen die weinig zorg consumeren meer gaan bijdragen ten gunste van degenen die veel zorg gebruiken. Is er een norm voor risicosolidariteit? Wat vindt de regering een redelijke verdeling van deze solidariteit?

Hoe moet in dit kader de «hervatting» van de aanpassing van het eigen risico na 2021 worden gezien? Is dan een optimale risicosolidariteit bereikt, waardoor de «oude» systematiek hernomen kan worden?

<sup>1</sup> Samenstelling: Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Ganzevoort (GL), De Grave (VVD), Martens (CDA), (voorzitter), Van Strien (PVV), Bruijn (VVD), (vice-voorzitter), Gerkens (SP), Atsma (CDA), Bredenoord (D66), D.J.H. van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Schnabel (D66), Wezel (SP), Klip-Martin (VVD) Baay-Timmerman (50PLUS), A.J.M. van Kesteren (PVV), Van Zandbrink (PvdA) en Fiers (PvdA).

Begrijpen de leden van de fracties van CDA en PvdA het goed dat het structurele financiële effect van de voorgestelde maatregel een inkomstenderving van € 560 mln. is? Wordt dat inkomstenverlies dan geheel gecompenseerd door extra premieverhogingen?

In hoeverre communiceert de regering over haar opvattingen inzake risicosolidariteit? Is voor de burger als premiebetaler en zorgconsument duidelijk welke verschuivingen met dit voorstel worden aangebracht? In welke publicaties van overheidswege wordt daaraan aandacht besteed?

De leden van de fractie van de **PVV** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij vragen zich af of het doel waarvoor het eigen risico ooit is ingevoerd (beteugeling onnodig ziekenhuisbezoek en medicijngebruik) in de praktijk wel wordt bereikt. De rol van de huisarts is hierin bepalender. De leden van deze fractie vinden dan ook dat het eigen risico voor de zorgverzekering kan worden afgeschaft of verlaagd, vanwege het overbodige karakter ervan. Is de regering het daarmee eens? Zo nee, waarom niet?

Is er sprake van enige samenhang tussen afschaffing of verlaging van het eigen risico voor de zorgverzekering en premiëstijging van de zorgverzekering? Graag ontvangen de leden van de PVV-fractie een toelichting hierop.

De leden van de **SP**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. In de memorie van toelichting<sup>2</sup> wordt een koppeling gelegd tussen de eigen betalingen in de zorg en ondersteuning, en het afzien door mensen van noodzakelijke zorg en ondersteuning. Dit wetsvoorstel richt zich, evenals een aantal andere aangekondigde maatregelen, op het verminderen van de stapeling van eigen bijdragen in de zorg en ondersteuning. De leden van de fractie van de SP lezen hier de zorg van de regering rondom het begrip zorgmijding door de eigen bijdragen en het eigen risico. Hiermee lijkt de regering haar blikveld te verruimen door de eigen bijdragen niet meer alleen als gewenst remgeld te zien. Deze wenselijke koersverandering, zoals beschreven in het regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst»<sup>3</sup> en in dit wetsvoorstel, roepen bij de leden van de SP-fractie enkele vragen op. De leden van de **PvdA**-fractie sluiten zich bij deze vragen aan.

De eigen bijdragen en het eigen risico in de zorg en begeleiding worden enerzijds o.a. als remgeld gezien, maar ook als een risico rondom het verschijnsel zorgmijding. Wat is nu gewenst en wat is nu ongewenst? Welk zorggebruik dient er gewenst geremd te worden en welk zorggebruik mag er nu niet vermeden worden? Welke criteria hanteert de regering om in deze tegenstelling te sturen?

Opvallend is dat de financiële effecten, de kosten van de bevrozing van het eigen risico, op stelselniveau en inkomensniveau van verzekerde, tot bijna drie decimalen achter de komma berekend zijn. Dit geeft een eenzijdig beeld. Het remmen van zorg versus het voorkomen dat zorg gemeden wordt, heeft toch ook andere consequenties? Zoals bijvoorbeeld op het gebied van het individuele welbevinden, maar ook op het gebied van actieve deelname aan het werk of andersoortige participatie? Iemand met medische problemen die de dokter mijdt in verband met het eigen risico is wellicht belast met klachten en zorgen aangaande zijn medisch probleem. Dit heeft dan toch een weerslag op het menselijk functioneren en zijn/haar inzetbaarheid? Verondersteld mag worden dat deze effecten ook gekapitaliseerd kunnen worden. De leden van fracties van SP en PvdA

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2017/18, 34 929, nr. 3.

<sup>3</sup> Kamerstukken II 2017/18, 34 700, nr. 34, bijlage.

verzoeken de regering een nadere analyse te geven van de opbrengsten van het voorkomen van zorgmijding in de zorg en begeleiding.

De regering erkent met dit wetsvoorstel dat er ongewenste zorgmijding bestaat. Welke onderzoeken of beschrijvingen heeft de regering gebruikt om tot haar inzicht in ongewenste zorgmijding te komen?

In het wetsvoorstel is een wetstechnische verbetering aangebracht betreffende het voorkomen dat verzekerden hun rekeningen na de uiterste datum indienen. Zorgaanbieders kennen soms een zeer lange declaratietijd voor de facturen voor de door hun gemaakte kosten ten gunste van een verzekerde. Het risico bestaat daardoor dat de verzekerde na een jaar nog te maken krijgt met zorgkosten, en een eigen risico betaling, uit een voorafgaand jaar. Is het in dit verband ook niet te billijken om de facturatietermijn van de zorgaanbieder te begrenzen, bijvoorbeeld tot een jaar?

De leden van de **GroenLinks**-fractie hebben kennisgenomen van het voorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en hebben daarover, mede namens de leden van de **PvdA**-fractie, nog enige vragen. Zij lezen op pagina 3 van de memorie van toelichting dat de fixering van het verplicht eigen risico naar verwachting zal leiden tot een extra zorggebruik ten laste van de zorgverzekering ten opzichte van de situatie waarin het eigen risico zou meestijgen met de totale uitgaven voor Zvw-zorg. Kunnen deze leden hieruit afleiden dat de stijging van het eigen risico van de afgelopen jaren heeft geleid tot minder zorggebruik? Zo nee, waarop baseert de regering de verwachting dat de fixering van het eigen risico op € 385 zal leiden tot extra zorggebruik?

Op pagina 5 van de memorie van toelichting staat dat het kabinet van mening is dat met het fixeren van het verplicht eigen risico het verzekerde pakket van de Zvw voor iedereen betaalbaar blijft. Intussen heeft deze wetswijziging wel een negatief inkomenseffect voor de groep volwassen verzekerden die het eigen risico niet volmaakt. Dit effect vindt plaats omdat de premie stijgt als gevolg van de bevroering van het eigen risico. Acht de regering het verzekerde pakket voor deze groep volwassenen ook betaalbaar? Kan de regering aangeven of de groep die het eigen risico niet volmaakt voor het grootste deel lage-, midden- of hoge inkomensgroepen betreft?

In de nota naar aanleiding van het verslag geeft de regering aan dat het onwenselijk is als verzekerden vanwege financiële redenen zouden afzien van noodzakelijke zorg.<sup>4</sup> Daarbij wordt verwezen naar een onderzoek naar zorgmijding dat in 2015 is uitgevoerd door Nivel.<sup>5</sup> Uit dit onderzoek zou blijken dat de stijging van het verplicht eigen risico in de afgelopen jaren niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. De leden van de fracties van GroenLinks en PvdA lezen echter in dit onderzoek dat ongeveer 20% van de verzekerden verwijzingen niet opvolgen en 25% van de verzekerden geneesmiddelen niet ophalen. De helft van deze groep mensen volgt het advies van de huisarts niet op vanwege eventuele kosten. Daarnaast lijkt deze groep steeds groter te worden: waar in 2009 18 tot 20% verwijzingen niet opvolgden, was dit in 2013 al 27%. Hoe interpreteert de regering deze cijfers? In het aangehaalde NIVEL-onderzoek wordt ook aangegeven dat met name het midden van vervolgzorg verder onderzocht zou moeten worden. Is de regering het met deze leden eens dat er vervolgonderzoek zou moeten komen om de

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2017/18, 34 929, nr. 9, p. 9.

<sup>5</sup> Kamerstukken II 2015/16, 29 689, nr. 664 en bijlage.

effecten van de stijging van het eigen risico sinds 2013 op zorgmijding verder in kaart te brengen?

De leden van beide fracties lezen in het NIVEL-onderzoek dat voor een deel van de zorgmijders de klachten met de tijd erger worden. Is de regering het met deze leden eens 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?

De leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien de antwoorden van de regering met belangstelling tegemoet. Na ontvangst van de nota naar aanleiding van het verslag, uiterlijk **vrijdag 31 augustus 2018**, acht de commissie het wetsvoorstel gereed voor plenaire behandeling. Het plenaire debat is voorzien voor **11 september 2018**.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Martens

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
De Boer