

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 256

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 april 2009

Bij brief van 17 maart 2009, 2009Z03758/2009D12 580, heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mijn reactie gevraagd op de brief die de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad (CG-Raad) op 2 maart jl. aan de commissie heeft gestuurd over de compensatie voor het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet.

Ik ga hierna in op de punten die de CG-Raad in zijn brief aan de orde stelt.

De CG-raad is van mening dat een grote groep mensen nu geen compensatie krijgt die daar naar de mening van de Raad wel recht op zou moeten hebben. Hierbij baseert de CG-Raad zich op de meldingen die hij op zijn meldpunt compensatie eigen risico zorgverzekeringswet heeft ontvangen. Bij de behandeling van het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet is ingevoerd (wetsvoorstel 31 094), is in overeenstemming met beide Kamers der Staten-Generaal besloten over de afbakeningscriteria die gelden bij de compensatieregeling verplicht eigen risico. De compensatie over het jaar 2008 heeft betrekking op verzekerden die in 2006 en 2007 in een farmaceutische kostengroep (FKG) – met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol» – zijn ingedeeld, alsmede op verzekerden die op 1 juli 2008 langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling zijn opgenomen. Deze criteria zijn vastgelegd in artikel 3a.1 van het Besluit zorgverzekering en artikel 8.3 van de Regeling zorgverzekering.

Voor de compensatie over latere jaren heb ik in overleg met uw Kamer afgesproken dat voor de jaren na 2008 de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling worden uitgebreid. Ik verwijs hiervoor naar mijn brief van 23 mei 2008 (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194) en het daarover gevoerde algemeen overleg en VAO. Zo zijn voor de compensatie 2009 de afbakeningscriteria uitgebreid met de diagnosekostengroepen.

Voorts merk ik op dat bij de behandeling van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) het aspect van de afbakening ook uitgebreid aan de orde is geweest. Naar aanleiding daarvan heeft de Staatssecretaris de Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld die de mogelijkheden onderzoekt voor een verbetering van de compensatie van de forfaitaire regeling van de Wtcg. Weliswaar heeft deze Taskforce niet tot taak zich te richten op de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling verplicht eigen risico, maar de afbakeningscriteria van de Wtcg en die van het eigen risico komen voor een deel overeen. Ik zal dan ook in overleg met de staatssecretaris bezien of en hoe de voorstellen van de Taskforce voor de toekomst kunnen doorwerken in deze compensatieregeling.

Met toepassing van de voor 2008 geldende criteria zijn de verzekerden geselecteerd die voor het verplicht eigen risico 2008 gecompenseerd worden. Dit betreft circa 1,8 miljoen verzekerden. Zij hebben – zonder dat zij daarvoor een aanvraag hoefden in te dienen – van het CAK bericht gekregen dat zij voor compensatie in aanmerking komen. Daarnaast hebben ruim 60 000 verzekerden bij het CAK een aanvraag voor compensatie ingediend. Van het CAK heb ik vernomen dat het overgrote deel van deze verzekerden die een aanvraag hebben ingediend, niet voldoet aan de geldende afbakeningscriteria. In die gevallen dat bij nadere controle naar aanleiding van de aanvraag bleek dat een verzekerde toch aan de criteria voldeed, heeft het CAK uiteraard positief op de aanvraag gereageerd en is de compensatie toegekend. Hetgeen de CG-Raad in zijn aan de commissie gerichte brief van 2 maart jl. weergeeft over de inhoud van de circa 3000 meldingen bij zijn meldpunt, is erg summier. Daarom is het voor mij niet mogelijk daar concreter op in te gaan. Ik veronderstel dat het bij deze meldingen meestal ook gaat om verzekerden die niet aan de afbakeningscriteria voor de compensatie 2008 voldoen.

Voorts is de CG-Raad van mening dat het CAK bij zijn afwijzing van aanvragen en bij de behandeling van de tegen die afwijzende beslissingen ingediende bezwaren, exact de reden voor die afwijzing moet vermelden. Hierbij noemt de CG-Raad in het bijzonder gegevens betreffende het medicijngebruik dat bepalend is voor de indeling in FKG's. In het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is ten aanzien van de compensatieregeling verplicht eigen risico geregeld dat de zorgverzekeraars aan het CAK van de verzekerden die twee achtereenvolgende jaren in een FKG, met uitzondering van de FKG «hoog cholesterol», vallen uitsluitend de BSN-nummers en de bank-/girorekeningnummers mag doorgeven aan het CAK. De BSN-nummers en de bank-/girorekeningnummers zijn de «bijzondere persoonsgegevens betreffende de gezondheid» die met het oog op de Wet bescherming persoonsgegevens door de zorgverzekeraars voor de uitvoering van de compensatieregeling aan het CAK mogen worden verstrekt. Dit is geregeld in artikel 118a, derde en vierde lid, van de Zvw en artikel 7.4a van de Regeling zorgverzekering. Op grond van die bepalingen mogen zorgverzekeraars aan het CAK geen gegevens verstrekken over welke medicijnen een verzekerde in een jaar afgeleverd heeft gekregen en de hoeveelheden daarvan. Indien zorgverzekeraars dat zouden doen, zouden zij handelen in strijd met de Wet bescherming persoonsgegevens. De vraag van de CG-Raad is nu in feite hoe diep het CAK bij de behandeling van het bezwaar tegen zijn afwijzende beslissing op een aanvraag om compensatie, moet ingaan op het voor de FKG-indeling relevante medicijngebruik van de bezwaar makende verzekerde. Het CAK krijgt voor de compensatieregeling van de zorgverzekeraars uitsluitend de BSN-nummers en de bank-/girorekeningnummers verstrekt van verzekerden die in 2006 en 2007 in een FKG zijn ingedeeld. Het CAK stelt zich

derhalve op het standpunt dat het alleen kan en mag controleren of de betreffende verzekerde in 2006 en 2007 in een FKG is ingedeeld. De vraag hoe diep het CAK bij de behandeling van een ingediend bezwaar moet ingaan op het terzake doende medicijngebruik van de betreffende verzekerde, is aan de orde in enkele tientallen beroepen die verzekerden tegen de door het CAK genomen afwijzende beslissingen op bezwaar hebben ingesteld. In deze beroepszaken zijn nog geen uitspraken gedaan. Omdat deze zaken nog onder de rechter zijn, acht ik het niet opportuun om een uitspraak te doen hoe het CAK op dit punt bij de behandeling van bezwaren moet handelen. Ik wacht het oordeel van de rechter hierover af.

Als er in een aantal beroepszaken uitspraak is gedaan zal ik me hierover met het CAK verstaan. Na het alsdan gevoerde overleg met het CAK zal ik uw Kamer informeren.

Ik vertrouw erop uw Kamer in dit stadium voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink