

Vergaderjaar 2011–2012

**33 288**

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

**Nr. 6**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen op 13 juni 2012

#### **ALGEMEEN**

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van het verslag op het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ter uitvoering van het Begrotingsakkoord 2013. Ik waardeer het zeer dat de commissie op een dergelijk korte termijn haar reactie op het voorstel van wet heeft willen geven. 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 zoveel mogelijk aangesloten bij de volgorde van het verslag.

#### **1.1 Inleiding**

De leden van de PvdA-fractie zouden graag van de regering willen weten hoe zij aankijkt tegen de houdbaarheid van deze maatregelen en de gevolgen voor de duidelijkheid voor burgers en patiënten.

Als deze wet door het Parlement wordt aanvaard zal het eigen risico voor 2013 € 350 bedragen en zullen de compensatie van het verplicht eigen risico (CER) zijn aangepast en de eigen bijdrage GGZ zijn verzacht. Deze wijzigingen zijn van belang voor de op te stellen ministeriële Regeling risicoverevening 2013. Daarnaast zijn deze van belang voor de door zorgverzekeraars op te stellen polisvoorwaarden voor 2013. Doordat de maatregelen in de polisvoorwaarden van de zorgverzekeraars worden verwerkt, scheidt dit ook meteen duidelijkheid voor de burgers en patiënten.

Een nieuwe regering kan, zoals altijd, een nieuw wetsvoorstel aan uw Kamer voorleggen.

De leden van de PvdA-fractie willen graag weten van de regering wat het voordeel is van het ophogen van het eigen risico voor iedere burger in plaats van het eerlijk verdelen van de lasten over de verschillende schouders. Waarom is er gekozen voor het verhogen van het verplichte eigen risico voor alle burgers?

De verhoging van het verplicht eigen risico met € 115 wordt gecombineerd met een compensatie via de zorgtoeslag. Door deze verhoging van de zorgtoeslag ontvangen alle huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen een volledige compensatie. Alleen de inkomens boven dit inkomen ontvangen geleidelijk minder compensatie en gaan dus meer betalen. 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 vragen de regering om uit te leggen waarom het verhogen van het eigen risico een hervormingsmaatregel dan wel een maatregel is voor efficiëntere zorgverlening zoals staat beschreven in het Begrotingsakkoord 2013?

De termen hervormingsmaatregel en efficiëntere zorgverlening hebben betrekking op het gehele pakket aan zorgmaatregelen in het Begrotingsakkoord 2013. De verhoging van het eigen risico wordt ingevoerd om het kostenbewustzijn van verzekerden te verbeteren.

De leden van de PVV-fractie merken op dat volgens de regering de effecten van de maatregelen evenwichtig zijn verdeeld, maar verhoging van het eigen risico treft toch alleen de burgers die ziek zijn? Kan de regering uitleggen waarom zij dit dan toch een evenwichtige verdeling vinden?

Het klopt dat het verplicht eigen risico alleen wordt betaald indien gebruik wordt gemaakt van de zorg. Door middel van het verplicht eigen risico betalen zieken een gedeelte mee aan hun zorggebruik. Ook verbetert het verplicht eigen risico het kostenbewustzijn van patiënten. De regering heeft er wel voor gekozen om het verplicht eigen risico te compenseren door middel van een verhoging van de zorgtoeslag. Zieken met een laag inkomen worden dan gecompenseerd via de zorgtoeslag. Voor zieken met een hoger inkomen geldt dat zij geleidelijk minder zorgtoeslag en dus minder compensatie zullen ontvangen. De maatregel wordt evenwichtig over de zorggebruikers verdeeld in de zin dat de laagste inkomens volledig ontzien worden en naarmate het inkomen stijgt er meer betaald moet worden.

## **1.2 Verzachting eigen bijdrage GGZ**

De leden van de VVD-fractie vragen zich af in hoeverre de regering getracht heeft de verzachting toe te spitsen op specifieke kwetsbare groepen in de GGZ. Denk hier aan mensen die niet per definitie een laag inkomen hebben, maar waarbij het maatschappelijk zeer ongewenst zou zijn als ze vanwege een eigen bijdrage af zouden zien van GGZ zorg, zoals (potentiële) verkrachters of mensen die (mogelijk) huiselijk geweld plegen.

De regering heeft gekozen de verzachting te richten op mensen met de laagste inkomens, van niet meer dan 110% van het sociaal minimum. De aanspraak op de tegemoetkoming is afhankelijk van de draagkracht. Het definiëren van kwetsbare groepen naar ziektebeeld of, zoals de leden van de VVD-fractie aangeven, (mede) als mensen waarbij het maatschappelijk zeer ongewenst zou zijn als ze vanwege een eigen bijdrage af zouden zien van GGZ zorg, brengt allerlei afbakeningsvragen met zich mee. Mede op

verzoek van de sector zelf is gekozen voor het hanteren van een inkomensgrens.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich af waarom er niet gekozen is voor een volledige terugdraaiing van de eigen bijdrage in de GGZ. Bij de keuze om de eigen bijdrage GGZ te verzachten is de volgende overweging van belang. De regering heeft vorig jaar al besloten dat de overschrijding in de sector GGZ binnen de sector zelf opgelost moet worden. Daarbij is gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en (deels) ook bij de patiënt. Omdat vóór 1 januari 2012 al een eigen bijdrage in de eerste lijn GGZ bestond, was er een prikkel om voor de duurdere tweede lijn te kiezen. Om deze ongewenste prikkel weg te nemen en om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten, is besloten tot invoering van de eigen bijdrage in de tweede lijn GGZ. Het volledig terugdraaien van de eigen bijdrage zou dit effect voor alle GGZ-cliënten teniet doen.

De leden van de PvdA-fractie zouden graag horen hoe de regering aan kijkt tegen de conclusie dat de eigen bijdrage GGZ een maatregel is die zorgmijding in de hand werkt.

De invoering van de eigen bijdrage GGZ beoogt het kostenbewustzijn van patiënten te verhogen, waardoor zij een bewuste keuze maken of zij hulp nodig hebben en of ze hulp in de eerste lijn of in de tweede lijn nodig hebben. Ik heb uw Kamer reeds toegezegd dat ik de effecten van de invoering van de eigen bijdrage monitor. In september kan ik u de eerste tussenresultaten hiervan toesturen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarop de grens van 110% van het sociaal minimum gebaseerd is.

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 te treffen algemene maatregel van bestuur worden de te hanteren inkomensgrenzen voor het recht op de tegemoetkoming opgenomen.

De leden van de PvdA-fractie zouden graag willen weten van de regering hoeveel patiënten in de GGZ in deze groep vallen en hoe de koopkracht van mensen die (net) boven de 110% van het sociaal minimum zitten, wordt beïnvloed door deze eigen bijdrage en ervoor zal zorgen dat zij mogelijk alsnog zorg zullen mijden.

Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de tegemoetkoming van de eigen bijdrage GGZ wordt geraamd op circa 250 000.<sup>1</sup> Mensen die in aanmerking komen voor de tegemoetkoming (en dus een inkomen hebben van niet meer dan 110% sociaal minimum) ondervinden hiervan in 2013 een positief koopkrachteffect. Mensen die niet in aanmerking komen voor de tegemoetkoming (wier inkomen hoger is dan 110% sociaal minimum) ondervinden dus geen positief koopkrachteffect.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar de beweegredenen om het partnerinkomen mee te tellen, wat de gevolgen daarvan zijn voor de patiënten in de GGZ en of de regeling ook geldt voor thuiswonende kinderen.

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).

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

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 overigens voorkomen dat de Belastingdienst de beschikking krijgt over persoonsgegevens betreffende de gezondheid van verzekerden. De Belastingdienst krijgt namelijk van het CAK burgerservicenummers van zowel cliënten van de GGZ, als van partners en kan derhalve niet vaststellen wie van de twee GGZ-client is.

Om de uitvoeringskosten te beperken, is ervoor gekozen het inkomen van thuiswonende kinderen niet te betrekken.

De leden van de PvdA-fractie willen van de regering weten waarom er niet voor gekozen is de verzachting van de eigen bijdrage ook al per 2012 door te voeren.

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 PVV-fractie vragen waarom de hoogte van de tegemoetkoming gelijk is aan de hoogte van de eigen bijdrage en of dit het remeeffect van eigen bijdragen teniet doet.

In het Begrotingsakkoord 2013 zijn middelen ter beschikking gesteld om de toegang tot GGZ-zorg voor kwetsbare groepen te garanderen. Door het vergoeden van de betaalde eigen bijdrage voor behandeling in de tweede lijn voor de laagste inkomensgroepen wordt voorkomen dat deze groepen om financiële redenen geen gebruik zouden maken van deze GGZ-zorg. Inzet is een onbedoeld remeeffect te voorkomen.

De leden van de PVV-fractie geven aan dat door de eigen bijdrage volledig te vergoeden het remeeffect wordt weggenomen. Helemaal als de eigen bijdrage in de eerste lijn blijft bestaan, want dan blijft de prikkel om zorg in de tweede lijn te zoeken bestaan. Hoe denkt de regering nu de noodzakelijke substitutie van de tweede naar de eerste lijn te bewerkstelligen?

De eigen bijdragen zijn niet het enige instrument dat wordt ingezet om substitutie van de tweede naar de eerste lijn te realiseren. Dit onderwerp staat hoog op de agenda bij het overleg met partijen in het kader van het bestuurlijk akkoord. Hierin worden afspraken gemaakt over de versterking van de ondersteuner van de huisarts (POH GGZ) en de basis GGZ. Bovendien is er reeds € 38 mln. beschikbaar voor de POH GGZ. Verder wordt vanaf 2014 de bekostiging van de generalistische basis GGZ herzien.

De leden van de PVV-fractie ontvangen graag een schatting van het aantal cliënten in de GGZ dat voor deze tegemoetkoming in aanmerking komt. De leden vragen zich verder af wat de uitvoeringskosten zijn van deze verzachtende maatregelen en wat de gevolgen zijn voor de administratieve lasten.

Het aantal mensen dat in aanmerking komt voor de tegemoetkoming van de eigen bijdrage GGZ wordt geraamd op circa 250 000.<sup>1</sup>

De voorgestelde maatregelen op het terrein van de verhoging van het eigen risico en de daarmee samenhangende aanpassing van de CER brengen geen extra uitvoeringskosten en administratieve lasten met zich mee.

---

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

De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage voor de behandeling in de tweede lijn GGZ leidt tot extra uitvoeringskosten bij het CAK. Ik heb het CAK gevraagd om een uitvoeringstoets. Deze geeft input voor het vaststellen van het budget voor de beheerskosten van het CAK voor uitvoering van de taken die samenhangen met deze maatregel.

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. Dit laat onverlet dat bij nota van wijziging zal worden voorzien in een grondslag voor een eventuele vergoedingsregeling, mocht onverhoopt blijken dat het toekennen van een vergoeding aan zorgverzekeraars toch in de rede ligt.

De leden van de CDA-fractie vragen in welke gevallen afgeweken wordt van de Awir en waarom.

Voor de compensatieregeling GGZ wordt afgeweken van de Awir bij het gebruik van het jaartal voor de inkomensgegevens en bij het vaststellen van het partnerschap. De reden voor deze afwijking is dat op deze manier wordt aangesloten bij de uitvoering van de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en Wmo door het CAK. Het zou voor cliënten, die veelal te maken hebben met verschillende taken van het CAK, verwarrend werken als voor deze compensatieregeling GGZ dan een ander jaartal en ander partnerbegrip wordt gehanteerd. Het gebruik maken van eenzelfde jaartal en partnerbegrip bespaart ook uitvoeringskosten bij het CAK.

De leden van de CDA-fractie vragen naar het berekeningsjaar van het inkomen en of het gebruik van niet te oude inkomensgegevens meer in de rede ligt.

Zoals in de toelichting is vermeld, worden de exacte inkomensgrenzen en het daarbij te hanteren jaar bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) vastgesteld. Er zal worden uitgegaan van het inkomensgegeven van het tweede jaar voor het berekeningsjaar (t-2). Deze inkomens behoeven in 99,6% van de situaties geen bijstelling. Op deze manier wordt aangesloten bij de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en de Wmo. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt voorkomt het gebruik van hetzelfde jaartal verwarring bij cliënten en draagt bij aan lagere uitvoeringskosten bij het CAK.

De leden van de CDA-fractie merken op dat het mogelijk is dat verzekeren zowel de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ krijgen als compensatie eigen risico. Hoe wordt dat verrekend?

De tegemoetkoming voor de eigen bijdrage GGZ heeft als doel te voorkomen dat mensen met lage inkomens om financiële redenen afzien van behandeling in de tweede lijn GGZ. De compensatie eigen risico heeft als doel mensen te compenseren die voorspelbaar hun eigen risico in de Zvw volmaken. Dit zijn verschillende doelen. Er is geen sprake van verrekening.

De leden van CDA-fractie willen graag nogmaals de verzekering dat het niet de bedoeling is dat gegevens over de aard van de stoornis aan het CAK overgedragen worden.

Informatie over de aard van de stoornis zal niet aan het CAK worden overgedragen, de privacy van de patiënt blijft gewaarborgd. Het CAK heeft deze informatie ook niet nodig voor het uitvoeren van haar taak. Het CAK kan wel afleiden hoe lang een behandeling heeft geduurd. Voor een

behandeling die korter dan 100 minuten heeft geduurd, geldt immers een eigen bijdrage van € 100 en voor een behandeling die langer dan 100 minuten heeft geduurd, geldt een eigen bijdrage van € 200. De aard van de behandeling of stoornis waar deze voor is gegeven is dus niet van belang.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om de noodzaak van de eigen bijdrage uitgebreid toe te lichten. Zij achten het eerder gehanteerde argument om het kostenbewustzijn onder verzekerden te verhogen niet gegrond, omdat de eigen bijdrage pas na het declareren van de DBC wordt geïnd.

Met de stelling dat het kostenbewustzijn niet zou toenemen omdat de eigen bijdrage pas aan het einde van de behandeling wordt geheven, ben ik het niet eens. Mijn inziens draagt ook de eigen bijdrage in de huidige vorm bij aan het kostenbewustzijn, mits een toekomstige cliënt vooraf goed geïnformeerd is over het feit dat een eigen bijdrage verschuldigd is. De invoering van de eigen bijdrage in de GGZ is een uitvloeisel van de noodzaak tot matiging en verantwoorde ontwikkeling van de kosten in de curatieve GGZ. Het kabinet heeft destijds besloten dat een oplossing hiervoor binnen de GGZ sector gevonden moest worden. Daarbij heeft het kabinet gekozen voor een pakket aan maatregelen dat zo evenwichtig mogelijk neerslaat binnen de sector en deels ook bij de patiënt.

De leden van de SP-fractie vragen waarom gekozen is voor een rekening achteraf, geïnd door het CAK en of dit verband houdt met de weigering van zorgaanbieders om de eigen bijdrage in rekening te brengen.

De eigen bijdragen GGZ worden, net als nu, door de zorgverzekeraars geïnd. Het CAK int dus de eigen bijdragen niet, maar verstrekt een tegemoetkoming aan GGZ-cliënten met een inkomen niet meer dan 110% van het sociaal minimum voor de betaalde eigen bijdragen voor behandeling in de tweede lijn GGZ. Er is geen verband met de houding van zorgaanbieders ten opzichte van de eigen bijdragen.

De leden van de SP-fractie vragen of, gezien eerdere ervaringen, het CAK in staat is om de berekening, inning en compensatie van de eigen bijdrage tweedelijns GGZ voldoende te kunnen uitvoeren.

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 dan ook naar behoren kunnen uitvoeren. Het CAK is gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt int het CAK de eigen bijdragen GGZ niet.

De leden van de SP-fractie vragen tevens wat de hoogte van het door de minister van VWS aan het CAK toe te kennen budget voor beheerskosten zal zijn.

Het CAK zal de tegemoetkoming voor lage inkomens uit gaan voeren. Om te beoordelen wat dit precies met zich meebrengt, heb ik het CAK gevraagd om een uitvoeringstoets op te stellen. Dit geeft ook input voor het vaststellen van het budget voor de beheerskosten voor uitvoering van de taken van het CAK.

De leden van de D66-fractie vernemen graag op welke wijze deze beleidswijziging, het verzachten van de eigen bijdrage in de GGZ, naar patiënten wordt gecommuniceerd?

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. Ik hecht er aan om te benadrukken dat de tegemoetkoming voor lage inkomens ambtshalve, dus zonder aanvraag van de verzekerde, geschiedt op basis van gegevensverstrekking door onder andere zorgverzekeraars aan het CAK.

De leden van de D66-fractie vernemen graag of de toegezegde monitor in 2013 wordt gecontinueerd, zodat ook de effecten van het nieuwe beleid geëvalueerd worden?

Met de D66 fractie acht ik het van belang om de effecten van de eigen bijdrage voor behandeling in de tweede lijn GGZ in beeld te brengen. De monitor die ik ben gestart loopt tot medio 2013. Ik ben inmiddels in overleg met het onderzoeksbureau over de gevolgen van het nieuwe beleid voor de monitor.

De leden van de D66-fractie vernemen graag hoe en wanneer het kabinet over zowel het verzachten van de eigen bijdrage GGZ als het bestuurlijk akkoord met de GGZ-sector in gesprek zal treden?

Ik ben in gesprek met de GGZ sector om te komen tot een meerjarig bestuurlijk akkoord. In de gesprekken die ik in dat kader voer, heb ik partijen geïnformeerd over hoe invulling is gegeven aan het verzachten van de eigen bijdragen GGZ.

De leden van de CU-fractie vragen zich af hoeveel rechthebbenden er zijn voor een tegemoetkoming voor behandeling in de tweede lijn GGZ en hoe het proces van de tegemoetkoming verloopt?

Het aantal cliënten dat in aanmerking komt voor de tegemoetkoming van de eigen bijdrage GGZ wordt geraamd op circa 250 000.<sup>1</sup> De inning van de eigen bijdrage verandert niet door introductie van de tegemoetkoming. De inning van de eigen bijdrage voor de tweede lijn GGZ zal door zorgverzekeraars gedaan blijven worden. Het CAK voert de tegemoetkoming voor de eigen bijdrage behandeling in de tweede lijn GGZ ambtshalve, zonder aanvraag van verzekerden, uit, op basis van gegevens die het CAK ontvangt van zowel de zorgverzekeraar als de Belastingdienst als de Gemeentelijke Basis Administratie. 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.

De leden van de CU-fractie vragen zich af of ze het goed begrijpen dat er gekeken wordt naar de inkomensgegevens van 2012 voor het berekenen van de tegemoetkoming?

Zoals ook aangegeven in reactie op een soortgelijke vraag van de CDA-fractie, wordt uitgegaan van het inkomensgegeven van het tweede jaar voor het berekeningsjaar (t-2). Voor het berekeningsjaar 2013 wordt gekeken naar de inkomensgegevens over 2011.

De leden van de CU-fractie stellen vragen over de bevoegdheid van het CAK om inkomensgegevens te gebruiken en of en hoe het CAK de beschikking krijgt over de rekeningnummers.

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

Het CAK is op grond van het voorgestelde artikel 11a van de Zvw in combinatie met de Awir bevoegd tot het gebruik van inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen voor de voorgestelde tegemoetkoming GGZ. Het CAK is op grond van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten in combinatie met de Awir bevoegd tot het gebruik van inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen voor de inkomensafhankelijke Wtcg. De bovenbedoelde tegemoetkomingen zijn namelijk inkomensafhankelijke regelingen in de zin van de Awir.

Het CAK is op grond van de regelgeving voor de eigen bijdragen AWBZ en Wmo bevoegd tot het gebruik van inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen voor die eigen bijdragen. De Belastingdienst verstrekt aan het CAK de gevraagde inkomensgegevens uit de basisregistratie (artikel 21e van de Algemene wet inzake rijksbelastingen).

De zorgverzekeraars verstrekken aan het CAK de persoonsgegevens van de desbetreffende verzekerden die het CAK nodig heeft voor de uitvoering van de regeling voor de tegemoetkoming. Hieronder vallen onder andere de betaalde eigen bijdragen voor de behandeling in de tweede lijn GGZ en de rekeningnummers. Het CAK kan op basis hiervan ambtshalve, zonder aanvraag van de verzekerden, de tegemoetkoming toekennen en uitbetalen.

De leden van de CU-fractie vragen zich af welk budget het CAK toegekend krijgt voor de beheerkosten ten behoeve van de uitvoering van de regeling.

Zoals ook eerder aangegeven in reactie op een vraag van de PVV-fractie, is het CAK gevraagd een uitvoeringstoets op te stellen, welke ook input zal geven over het bedrag aan beheerskosten dat het CAK toegekend zal krijgen voor de uitvoering van al haar taken die samenhangen met deze maatregel.

De leden van de CU-fractie vragen zich af op welke wijze er gecommuniceerd zal worden over het verzachten van de eigen bijdrage maatregel naar betrokkenen?

Zoals in mijn reactie op eerdere vragen van de D66-fractie heb aangegeven zal de wijziging onderdeel zijn van de gebruikelijke publiekscommunicatie vanuit overheid en zorgverzekeraars.

Verder heb ik partijen geïnformeerd over de wijze waarop invulling is gegeven aan het verzachten van de eigen bijdrage GGZ in de gesprekken die ik aan het voeren ben met de sector inzake het bestuurlijk akkoord.

De leden van de SGP-fractie vragen waarom de exacte inkomensgrenzen voor het recht op de tegemoetkoming en het te hanteren jaar bij algemene maatregel van bestuur worden vastgesteld. Zij vragen tevens of wordt uitgegaan van het tweede jaar voorafgaand aan het berekeningsjaar en of een recenter toetsingsjaar gehanteerd kan worden.

Zoals in de toelichting bij het wetsvoorstel is vermeld, wordt uitgegaan van het inkomensgegevens van het tweede jaar voor het berekeningsjaar (t-2). Deze inkomens behoeven in 99,6% van de situaties geen bijstelling. De exacte inkomensgrenzen worden samen met het daarbij te hanteren jaar bij AMvB vastgesteld. Op die manier wordt voorkomen dat ieder jaar een wetwijziging nodig is om bedragen aan te passen aan de nieuwe bedragen van het sociaal minimum. Zoals reeds is opgemerkt bij een vraag van de CDA-fractie zou de mogelijkheid van een recenter toetsingsjaar leiden tot relatief hoge uitvoeringskosten van het CAK in verhouding tot het bedrag van de tegemoetkoming.



### **1.3 Verhoging verplicht eigen risico en wijziging van de compensatie eigen risico**

De leden van de VVD-fractie merken op dat de beleidsmatige verhoging van het verplicht eigen risico met € 115 volledig wordt gecompenseerd bij de lagere inkomens. Klopt het beeld dat deze verhoging van de zorgtoeslag geen enkele relatie kent met de daadwerkelijk gemaakte zorgkosten dan wel het daadwerkelijk betaalde eigen risico, waardoor de mensen met een laag inkomen die geen zorgkosten maken of het verplicht eigen risico via een aanvullende verzekering hebben herverzekerd, een compensatie krijgen voor kosten die zij niet eens maken?

Ja, het klopt dat de compensatie via de zorgtoeslag onafhankelijk is van het zorggebruik. Ook nu wordt het gemiddelde verplicht eigen risico gecompenseerd via de zorgtoeslag en ontvangen verzekerden via de zorgtoeslag soms meer dan hun daadwerkelijke uitgaven. Door deze maatregel zal de verhoging van het eigen risico volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag voor inkomens tot 19 012. Dit betekent dus een hogere compensatie voor lage inkomens dan in de huidige regeling het geval is. 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.

De leden van de PvdA-fractie zouden hebben gekozen voor een volledig inkomensafhankelijk eigen risico en daarnaast een inkomensafhankelijke zorgpremie, waardoor de lasten evenredig gedragen worden. Waarom heeft de regering daarvoor niet 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 lage inkomens volledig en andere huishoudens worden afhankelijk van hun inkomen gedeeltelijk ontzien. De lasten worden dus zeker 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.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich ook bij deze tegemoetkoming via de zorgtoeslag af waarop de grens van een inkomen van maximaal 110% van het sociaal minimum om recht te hebben op een tegemoetkoming gebaseerd is. Is deze grens dekkend om financiële problemen bij burgers en gezinnen te voorkomen? Kunnen de koopkrachtgevolgen voor de verschillende inkomensgroepen worden aangegeven?

De compensatie voor het verplicht eigen risico met € 115 via de zorgtoeslag betekent dat huishoudens met een inkomen tot het wettelijk 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 sociaal minimum inkomen.

**Tabel Inkomenseffecten van verhoging verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag**

<b>Alleenverdiener met kinderen</b>	
modaal	- ¼
2 x modaal	- ¼
<b>Tweeverdieners</b>	
modaal + ½ x modaal met kinderen	- ¾
2 x modaal + ½ x modaal met kinderen	- ½
modaal + modaal zonder kinderen	- ¾
2 x modaal + modaal zonder kinderen	- ½
<b>Alleenstaande</b>	
minimumloon	0
modaal	- ¾
2 x modaal	- ¼
<b>Alleenstaande ouder</b>	
minimumloon	+ ¼
modaal	- ½
<b>Sociale minima</b>	
paar met kinderen	+ ½
alleenstaande	+ ¼
alleenstaande ouder	0
<b>AOW (alleenstaand)</b>	
(alleen) AOW	+ ¼
AOW +10000	- ¼
<b>AOW (paar)</b>	
(alleen) AOW	+1
AOW +10000	0

De leden van de PvdA-fractie lezen in de Memorie van Toelichting dat een verzekerde naar verwachting 61 euro meer kwijt zal zijn aan het verplichte eigen risico. Waarop is deze berekening gebaseerd? De leden van de PvdA-fractie vragen zich tevens af hoe het gemiddelde zich onder de verzekerden verdeelt. Een zwakkere sociaaleconomische positie gaat vaak gepaard met meer fysieke en psychische klachten. Hoe verdeelt de berekening zich onder verschillende inkomens?

Op basis van het declaratiebestand van de zorgverzekeraars uit het verleden is berekend wat de effecten zijn van een verhoging van het eigen risico met € 115. Op basis van deze gegevens kan berekend worden dat verzekerden zelf gemiddeld € 61 meer gaan betalen. Een verdeling naar aard en hoogte van het inkomen is niet bekend. Uit onderzoek blijkt wel dat chronisch zieken over het algemeen een lager inkomen hebben.

De leden van de PvdA-fractie lezen tevens dat de regering verwacht dat door de verhoging van het eigen risico, de nominale premie zal dalen met 61 euro, het gemiddelde bedrag dat de regering verwacht voor stijging in kosten bij verzekerden. Waar is deze verwachting op gebaseerd?

Als gevolg van de verhoging van het eigen risico dalen de kosten voor de zorgverzekeraars partieel met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit partiële voordeel in de vorm van een lagere premie

aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat er een toename van de niet-belastingontvangsten van 800 mln. euro verwacht wordt. Met welk bedrag zullen de uitgaven voor de zorgtoeslag stijgen? De leden van de PvdA-fractie vragen zich af hoe die stijging van de zorgtoeslag zich verhoudt tot een toename van de niet-belastingontvangsten.

De leden van de PvdA-fractie vragen naar het verband tussen de stijging van de uitgaven voor de zorgtoeslag en de toename van de niet-belastingontvangsten. Hiertussen is geen verband, omdat de stijging van de zorgtoeslag van € 560 miljoen niet tot de uitgaven voor het budgettair kader zorg (BKZ) behoort. Het bedrag van € 800 mln. niet-belastingontvangsten betreft de ontvangsten voor het BKZ. De bruto-BKZ-uitgaven verminderd met de BKZ-ontvangsten resulteren in de netto-BKZ-uitgaven. Het BKZ stelt een grens aan de netto-BKZ-uitgaven. De betalingen van verzekerden in verband met het verplicht eigen risico en eigen bijdragen behoren tot die BKZ ontvangsten. Een stijging van de ontvangsten voor de BKZ leidt dus tot een daling van de BKZ-uitgaven.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de regering er telkens opnieuw voor kiest om te besparen door extra lasten naar de burgers af te schuiven. Waarom volstaat deze regering ermee om de minister van VWS te laten aankondigen dat verspilling groots aangepakt moet worden? Waarom wordt niet nu al gekozen voor een organisatie van de zorg waarin doelmatiger en meer kostenefficiënt wordt gewerkt? Kan een overzicht gegeven worden van alle maatregelen die deze regering tot nu toe heeft genomen waarmee extra financiële lasten naar de verzekerden zijn verschoven? Kan daarbij aangegeven worden welke groepen verzekerden daarbij met name worden getroffen en in welke mate? Kan gesteld worden dat juist mensen die veel zorg nodig hebben, zoals chronisch zieken en ouderen, door het beleid van deze regering extra worden getroffen? Welke alternatieven, waarbij deze groepen meer zouden worden ontzien, zouden mogelijk zijn (geweest) voor dit beleid? Tegengaan van verspilling in de zorg is belangrijk. Ik vind dan ook dat de omslag naar meer gepast gebruik van zorg snel moet worden gemaakt. Dat laat onverlet dat een verhoging van het verplicht eigen risico per 2013 noodzakelijk is met het oog op de betaalbaarheid van de kosten van de zorg.

Een overzicht van alle maatregelen in de zorg staat vermeld in de begroting van VWS. De jaarlijkse bijlage bij de begroting van SZW bevat, in aanvulling op het regulier koopkrachtbeeld, de specifieke inkomenseffecten van maatregelen die slechts een deel van de bevolking raken. Chronisch zieken worden ontzien door de CER en de Wtgc. De regering is van mening dat de gekozen compensatie van de verhoging van het verplicht eigen risico via de zorgtoeslag, mensen met een laag inkomen, waaronder overigens relatief veel gehandicapten en chronisch zieken, op de meest efficiënte en doelmatige manier ontziet en deze maatregel kan al worden ingevoerd voor 1 januari 2013.

De leden van de PVV-fractie vragen zich af hoe het bedrag van 115 euro tot stand is gekomen. Kunnen ze hier een onderbouwing van krijgen?

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 leden van de PVV-fractie vragen waarop de verwachte daling met 61 euro van de nominale premie is gebaseerd, deze daling toonde zich toch ook niet aan bij de vorige verhoging van het eigen risico? Op welke wijze gaat de regering deze daling van de nominale premie bewerkstelligen?

Zoals reeds is aangegeven bij de vraag van de leden van de PvdA-fractie zullen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit partiële voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

De leden van de PVV-fractie verwachten dat de verhoging van het eigen risico een aanzienlijke verhoging van het aantal zorgmijders zal opleveren. In 2007 was al eens berekend dat zorgmijden tussen de 275–772 mln. per jaar kost. Wat verwacht de regering dat zorgmijden de samenleving nu zal gaan kosten? Hoe verhouden deze kosten zich tot de opbrengsten van deze verhoging?

De regering verwacht geen substantiële stijging van het aantal zorgmijders, aangezien verzekerden met lage inkomens compensatie ontvangen via de zorgtoeslag. Hierdoor gaan zij er qua koopkracht als gevolg van deze maatregel niet op achteruit, zoals ook blijkt uit de inkomenseffectentabel bij een vraag van de PvdA-fractie.

De leden van de PVV-fractie vragen of de regering er rekening mee heeft gehouden dat het aantal wanbetalers drastisch zal toenemen? Kunnen deze leden de laatste cijfers over wanbetalers krijgen en de uitvoeringskosten van de wanbetalersregeling?

De regering verwacht geen substantiële stijging van het aantal wanbetalers. Volgens opgave van het CVZ bedroeg het aantal wanbetalers op 31 mei 2012 291 000. Hieronder vallen niet de verzekerden die het eigen risico niet betalen; wanbetalers worden alleen geregistreerd als ze hun premie niet betalen. De uitvoeringskosten zijn voor 2012 begroot op 15,5 mln. Dit bedrag is inclusief de incassowerkzaamheden van het CJIB.

De leden van de PVV-fractie merken op dat de compensatie van het eigen risico is bedoeld voor mensen met hoge zorgkosten, die een deel van hun eigen risico terug krijgen. Waarom is er nu de keuze gemaakt om niet de CER te verhogen maar de zorgtoeslag? En waarom bestaat de compensatie uit de volle 115 euro in plaats van een deel daarvan? Wat is nu eigenlijk het doel van het eigen risico volgens deze regering en wat is het doel van de CER?

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 CER is bedoeld om burgers die voorspelbaar het verplicht eigen risico volmaken te compenseren voor hun additionele kosten. Zij ontvangen via de CER het verschil tussen het maximum eigen risico en het gemiddeld eigen risico, waardoor ze uiteindelijk niet meer betalen dan een gemiddelde verzekerde.

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. Daarbij is gekozen

voor instrumenten die het mogelijk maken om zowel de verhoging als compensatie op 1 januari 2013 in werking te doen treden. Hiervoor is de zorgtoeslag het meest geschikte instrument.

De leden van de PVV-fractie vragen zich ook af waarom iemand gecompenseerd moet worden met 115 euro vanwege de stijging van het eigen risico terwijl er misschien helemaal geen gebruik gemaakt wordt van zorg? Dit leidt er dus toe dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er 115 euro meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die wel hun eigen risico volmaken. Kan de regering uitleggen hoe ze deze ongelijkheid gaat verhelpen?

De regering heeft ervoor gekozen om alle huishoudens met een laag inkomen volledig te ontzien. Zoals reeds is aangegeven bij de vraag van de VVD-fractie, klopt het dat de compensatie via de zorgtoeslag onafhankelijk is 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. Door deze maatregel zal de verhoging van het eigen risico volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag voor inkomens tot 19 012. Dit betekent dus een hogere compensatie voor lage inkomens dan in de huidige regeling het geval is. 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.

De leden van de PVV-fractie vragen om een overzicht van het aantal mensen dat het eigen risico opmaakt en hoeveel mensen geen eigen risico opmaken?

Bij een verplicht eigen risico van € 350 is op basis van de cijfers van 2010 uit de databestanden van Vektis de voorspelling dat 6.7 mln. (52%) verzekerden het eigen risico volmaakt. Daarnaast maken 4.4 mln. (34%) verzekerden het eigen risico gedeeltelijk vol en 1.9 mln. (15%) verzekerden maken geen kosten op basis van het verplicht eigen risico.<sup>1</sup>

De leden van de PVV-fractie informeren naar het eerder aangekondigde onderzoek naar vereenvoudiging van de eigen betalingen en compenserende maatregelen, zoals zorgtoeslag, CER en Wtcg? Wanneer zijn de resultaten van dit onderzoek klaar? Streeft de regering nog naar vereenvoudiging, zo ja hoe valt dit te rijmen met de nodeloos ingewikkelde maatregel om nu het hogere eigen risico te gaan compenseren via de zorgtoeslag?

Naar verwachting zal ik uw Kamer voor het zomerreces een brief over de Wtcg, CER alsmede de TOG doen toekomen.

De leden van de PVV-fractie vragen zich verder af wat de uitvoeringskosten zijn van deze maatregelen en wat de gevolgen zijn voor de administratieve lasten.

De verhoging van het eigen risico, aanpassing van de compensatie eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag hebben geen gevolgen voor de uitvoeringskosten en de administratieve lasten. Deze maatregelen passen binnen de huidige systemen.

---

<sup>1</sup> Door afrondingsverschillen tellen deze percentages op tot 101%.

De leden van de CDA-fractie lezen in de Memorie van Toelichting dat de nominale premie naar verwachting zal dalen met € 61. Waarop is deze verwachting gebaseerd?

Zoals reeds is aangegeven bij de vragen van de leden van de PvdA-fractie en PVV-fractie zullen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit partiële voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

De leden van de CDA-fractie merken op dat de lagere inkomens voor de verhoging van het eigen risico met € 115 volledig worden gecompenseerd. Wanneer is er sprake van een «lager» inkomen?

De huishoudens met een inkomen tot het wettelijk minimuminkomen ontvangen de maximale zorgtoeslag. Voor 2013 wordt dit geraamd op € 19 012.<sup>1</sup> Dit is het verzamelinkomen dat hoort bij het wettelijk minimumloon.

De leden van de CDA-fractie gaan ervan uit dat de bestaande compensatie van het eigen risico volgens de gebruikelijke systematiek voor andere verzekerden gewoon blijft bestaan. Genoemde leden vinden het terecht dat voorkomen moet worden dat er dubbele compensatie wordt uitgekeerd. Hoe wordt dat voorkomen? De uitvoering ligt in handen van het CAK. Is het CAK in staat om op deze wijze maatwerk te bieden? Wat betekent deze maatregel voor de administratieve lasten?

De CER wordt volgend jaar niet verhoogd, omdat de verhoging van het verplicht eigen risico volledig via de zorgtoeslag wordt vergoed. Ook de Wtcg die een compensatie biedt voor meerkosten die chronisch zieken hebben ondergaat geen wijziging als gevolg van de verhoging van het verplicht eigen risico. De uitvoering van de CER en Wtcg door het CAK wordt hierdoor dus niet beïnvloed.

De leden van de SP-fractie vragen om een reactie op de stelling van de patiëntenorganisaties dat mensen zonder zorgkosten die het eigen risico niet volmaken er 115 euro meer op vooruit gaan dan mensen met hetzelfde inkomen die hun eigen risico wel volmaken. De genoemde leden vragen tevens waarom is gekozen voor het instrument van de zorgtoeslag en welke andere opties voor compensatie zijn overwogen. Zij vragen de regering om een overzicht van andere mogelijke compensatieregelingen met daarbij een opsomming van de voor- en nadelen.

Zoals reeds is aangegeven bij de vraag van de VVD-fractie en PVV-fractie is het juist dat de compensatie via de zorgtoeslag onafhankelijk is 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. Door deze maatregel zal de verhoging van het eigen risico volledig worden gecompenseerd via de zorgtoeslag voor inkomens tot 19 012. Dit betekent dus een hogere compensatie voor lage inkomens dan in de huidige regeling het geval is. 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

---

<sup>1</sup> Bron: CPB berekeningen ten behoeve van Centraal Economisch Plan 2012.

directer is, is niet eenvoudig vorm te geven en daardoor niet op korte termijn voorhanden. Van de verschillende bestaande compensatiemechanismen is juist de zorgtoeslag bij uitstek geschikt om lage inkomens te compenseren voor een stijging van het verplicht eigen risico.

De leden van de SP-fractie merken op dat de regering stelt dat een verzekerde door de verhoging van het eigen risico gemiddeld EUR 61,- meer kwijt is. De leden van de SP-fractie wijzen erop dat de gemiddelde verzekerde niet bestaat. Zij vragen de regering om per leeftijds- en inkomenscategorie, alsmede type huishouden de koopkrachteffecten uiteen te zetten.

In een vergelijkbare vraag van de PvdA-fractie over koopkrachteffecten heb ik aangegeven dat, door de compensatie via de zorgtoeslag, de koopkrachteffecten voor lage inkomens meevalt. Hieronder vindt u de tabel met de inkomenseffecten uitgesplitst per groep.

**Tabel Inkomenseffecten van verhoging verplicht eigen risico en compensatie via de zorgtoeslag**

<b>Alleenverdiener met kinderen</b>	
Modaal	- ¼
2 x modaal	- ¼
<b>Tweeverdieners</b>	
modaal + ½ x modaal met kinderen	- ¾
2 x modaal + ½ x modaal met kinderen	- ½
modaal + modaal zonder kinderen	- ¾
2 x modaal + modaal zonder kinderen	- ½
<b>Alleenstaande</b>	
Minimumloon	0
Modaal	- ¾
2 x modaal	- ¼
<b>Alleenstaande ouder</b>	
Minimumloon	+ ¼
Modaal	- ½
<b>Sociale minima</b>	
paar met kinderen	+ ½
Alleenstaande	+ ¼
alleenstaande ouder	0
<b>AOW (alleenstaand)</b>	
(alleen) AOW	+ ¼
AOW +10000	- ¼
<b>AOW (paar)</b>	
(alleen) AOW	+1
AOW +10000	0

De leden van de SP-fractie geven aan dat de regering de verwachting uitspreekt dat de nominale premie als gevolg van het verhogen van het verplichte eigen risico EUR 61 zal dalen. De leden van de SP-fractie vragen de regering hoe zij kan garanderen dat dit ook daadwerkelijk het gevolg zal zijn.

Zoals reeds is aangegeven bij de eerdere vragen van de leden van de PvdA-fractie, PVV-fractie en CDA-fractie zullen als gevolg van de verhoging van het eigen risico de kosten voor de zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit partiële voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om de inkomensgrenzen te noemen voor het verhogen van de maximale zorgtoeslag met EUR 115,-. Tevens vragen de leden toe te lichten of er boven dit bedrag sprake is van een abrupte overgang of een glijdende schaal.

De maximale zorgtoeslag wordt met € 115 verhoogd. Dat betekent dat, zoals reeds is opgemerkt bij de vraag van de CDA-fractie, huishoudens met een inkomen tot € 19 012 (raming CPB verzamelinkomen van iemand met het wettelijk minimumloon) alles gecompenseerd krijgen. Boven dat inkomen wordt volgens het bestaande systeem van de zorgtoeslag het bedrag afgebouwd naarmate het inkomen stijgt. Er is dus sprake van een glijdende schaal en niet van een abrupte overgang.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om toe te lichten waarom er wordt gekozen voor het belasten van de zieken, terwijl de zorgverzekeraars bijna 2 miljard aan niet voor solvabiliteitseisen noodzakelijke reserves hebben opgepot. De regering kan zich niet verweren met het argument dat het afromen van reserves in tegenstelling tot het verhogen van het eigen risico geen structurele maatregel is. De regering stelt immers zelf dat er overhaast een dekking voor de begroting van het volgende jaar benodigd is. De verschillende partijen die het Begrotingsakkoord hebben gesloten, nemen in de aanloop naar de verkiezingen alweer afstand van onderdelen van het akkoord, waardoor de houdbaarheidsdatum uiterlijk 12 september 2012 is. Van structurele maatregelen is derhalve geen sprake in het Begrotingsakkoord.

Het staat de zorgverzekeraars vrij om reserves op te bouwen die boven de minimaal vereiste solvabiliteit uitgaan. De overheid beschikt niet over de bevoegdheid om reserves bij privaatrechterlijke zorgverzekeraars af te romen.

De leden van de D66-fractie vragen een toelichting op de mate waarin het verhogen van het eigen risico effect zal hebben op het gebruik van de gezondheidszorg? Welke andere maatregelen hanteert de regering om het kostenbewustzijn onder patiënten te vergroten?

Om het kostenbewustzijn verder te verhogen, worden onder andere per 1 januari 2013 ook een eigen bijdrage per ligdag ingevoerd en een procentuele eigen bijdrage voor hoortoestellen. Verder verwacht de regering door de verhoging van het verplicht eigen risico geen substantiële stijging van patiënten die afzien van zorg vanwege het eigen risico, omdat de lagere inkomens worden gecompenseerd via de zorgtoeslag. Wel zullen voor veel mensen de kosten duidelijker worden, omdat ze meer direct zelf betalen en minder via de premie.

Volledigheidshalve, op 11 april heb ik aan uw Kamer een brief verzonden (Kamerstukken 2011–2012, 33 000-XVI nr. 173) over een aantal zaken die raken aan het onderwerp kostenbewustzijn. In deze brief wordt de stand van zaken rondom de verschillende onderwerpen gegeven en een overzicht gegeven van welke afspraken er, in nauwe samenwerking met veldpartijen (o.a. NFU, NPCF, NVZ en ZN), in dit kader zijn gemaakt.



De leden van de D66-fractie willen graag weten hoe en wanneer burgers zullen worden geïnformeerd over de voorgenomen verhoging van het eigen risico?

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 leden van de CU-fractie vragen zich af of het mogelijk is om de tegemoetkoming voor het eigen risico voor de lagere inkomens alleen te compenseren wanneer een rechthebbende het eigen risico ook gebruikt?

De compensatie via de zorgtoeslag maakt het mogelijk om met gebruikmaking van bestaande instrumenten de laagste inkomens volledig 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.

De leden van de CU-fractie vragen zich af waarop is gebaseerd dat de nominale premie volgend jaar met 61 euro zal afnemen? Houdt men hierbij ook rekening met gegeven dat zorgverzekeraars risico lopen op het te innen eigen risico? Is het de verwachting dat zorgverzekeraars dit risico zullen doorberekenen naar hun polishouders?

Zoals reeds is aangegeven bij de vragen van de leden van de PvdA-fractie, PVV-fractie, CDA-fractie en SP-fractie zullen door deze maatregel de kosten voor de zorgverzekeraars partieel dalen met gemiddeld € 61. De verwachting is dat zorgverzekeraars dit partiële voordeel in de vorm van een lagere premie aan de verzekerden zullen doorgeven. Doet een zorgverzekeraar dit niet, dan prijst hij zichzelf ten opzichte van andere zorgverzekeraars uit de markt. Hierbij is geen rekening gehouden met mogelijk incassorisico's. De verwachting is dat deze gering zullen zijn omdat de laagste inkomens volledig via de zorgtoeslag gecompenseerd worden.

De leden van de CU-fractie vragen nadere uitleg over de verwachting dat door de verhoging met 115 euro van het eigen risico een verzekerde gemiddeld 61 euro meer kwijt zal zijn aan het verplichte eigen risico. Waarop is deze berekening gebaseerd?

Op basis van het declaratiebestand van de zorgverzekeraars uit het verleden is berekend wat de effecten zijn van een verhoging van het eigen risico met € 115. Op basis van deze gegevens kan berekend worden dat verzekerden gemiddeld € 61 meer zelf gaan betalen.

De leden van de CU-fractie begrijpen uit de Memorie van Toelichting dat de compensatie eigen risico met 54 euro zal stijgen. De CER is bedoeld voor mensen met een handicap of een chronische ziekte. Welke berekening ligt ten grondslag aan de verhoging van 54 euro? Zal voor de CER 2013 een indexatie gelden?

Het doel van de CER is om verzekerden die voorspelbaar het eigen risico volmaken te compenseren voor hun additionele uitgaven. Deze verzekerden ontvangen dan een bedrag ter hoogte van het verschil tussen het

maximum eigen risico en het gemiddelde eigen risico. Zo zijn ze uiteindelijk niet meer geld kwijt aan het eigen risico dan een gemiddelde verzekerde.

De CER wordt in principe verhoogd met het verschil tussen het maximum eigen risico en het gemiddelde eigen risico dat via de zorgtoeslag wordt gecompenseerd. Dit zou betekenen dat de CER met ingang van 2013 verhoogd zou zijn met € 54; namelijk het verschil tussen het maximum eigen risico met € 115 en de het gemiddeld eigen risico met € 61. Tevens wordt de CER verhoogd met € 9 euro voor de indexatie van het verplicht eigen risico van € 15. Nu de regering er voor heeft gekozen om de zorgtoeslag met het maximum van € 115 te verhogen, is een verhoging van de CER volgend jaar niet nodig. Als de CER ook verhoogd zou worden met € 54, zouden huishoudens met een minimuminkomen die ook recht hebben op de uitkering van de CER dubbel gecompenseerd worden. De verhoging van het verplicht eigen risico met € 115 heeft dus geen invloed op de hoogte van de CER. Voor huishoudens met een hoog inkomen die CER ontvangen en geen zorgtoeslag ontvangen betekent dit dat zij niet voor de verhoging van het eigen risico worden gecompenseerd en dus € 54 meer kwijt zijn aan het verplicht eigen risico dan een gemiddelde verzekerde.

De leden van de CU-fractie vragen zich af op welke wijze de doelgroep wordt geïnformeerd over de voorgenomen maatregelen?

Zoals ik reeds bij de vragen van de D66-fractie heb opgemerkt, zal de bekendmaking van de wijziging, waar het de rijksoverheid zelf betreft, 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 zijn.

De leden van de SGP-fractie vragen zich af waarom niet is gekozen om te compenseren voor de gemiddelde stijging van de kosten, namelijk € 61, gecombineerd met een minder grote stijging van het eigen risico dankzij de opbrengsten die het verschil van € 115 en € 61 met zich mee zou brengen? Met hoeveel euro zou het eigen risico verlaagd kunnen worden als inderdaad gekozen wordt voor een compensatie van € 61?

De leden van de SGP fractie stellen voor om slechts het gemiddeld eigen risico via de zorgtoeslag te vergoeden en het eigen risico voor iedereen, zowel hoge als lage inkomens, te verlagen. Dit is in overeenstemming met de huidige wetgeving. Echter, de regering heeft er voor gekozen om de laagste inkomens voor de verhoging van het eigen risico te ontzien door de zorgtoeslag evenredig aan het verplicht eigen risico te laten stijgen.

#### **1.4 Inkomenseffecten**

De leden van de CU-fractie vragen of er ook gestimuleerd zal worden dat het van groot belang is om geld apart te leggen, te sparen, voor eventuele zorgkosten.

De regering heeft momenteel geen voornemens om dit actief te stimuleren.

## **1.5 Financiële gevolgen**

De leden van de CU-fractie vragen of bekend is hoe groot de stijging is van het aantal wanbetalers bij zorgverzekeraars. Zullen de genomen maatregelen in het kader van het Begrotingsakkoord effect hebben op het aantal wanbetalers? Indien dit het geval is vragen deze leden graag toelichting op de maatregelen die genomen worden om het aantal wanbetalers te weren.

Zoals aangegeven bij een vraag van de PVV-fractie verwacht de regering geen substantiële stijging van het aantal wanbetalers. Het is mij niet bekend hoe groot de stijging is van het aantal mensen met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars geven wel aan dat zij waarnemen dat meer mensen premieachterstand krijgen en dat meer mensen vragen om gespreide betaling. Ik heb uw Kamer in een separate brief in reactie op een vraag van de leden van de PvdA en de SP-fractie in verband met berichtgeving in het Algemeen Dagblad van 7 juni 2012 (Z-3118959) al aangegeven dat verzekerden rekening kunnen houden met hogere zorgkosten en geld opzij kunnen zetten. Daarnaast kunnen verzekerden met hun zorgverzekeraar een betalingsregeling treffen. Zoals in het Algemeen Overleg van 16 februari 2012 is besproken, zet ik in op verbetering van de preventie en verbetering van de uitstroom. In samenspraak met onder meer het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland ben ik bezig vorm te geven aan maatregelen die dit kunnen bewerkstelligen.

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