

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport betreffende de Verkenning van het eigen risico naar vaste eigen bijdragen en de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten¹.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

¹ Kamerstuk 29 689-1109

Inhoudsopgave

- I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties
Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie
- II. Reactie van de Minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van de verkenning en hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

Genoemde leden zijn sowieso voor het bevrozen van het eigen risico, zodat oplopende zorgkosten niet bij zieke mensen terechtkomen. Vooral middeninkomens kunnen hier volgens deze leden de dupe van zijn, en dat willen de leden voorkomen. Zij willen kijken naar een betere manier van bekostiging in de zorg. Dan is het ook logisch om te kijken naar wat mensen zelf betalen, zoals het eigen risico. Deze leden willen dan ook kijken naar de optie dat iedereen een eigen bijdrage betaalt per behandeling, met als maximum de hoogte van het eigen risico. Deze verkenning levert hier een nuttige bijdrage aan. Genoemde leden zijn echter wel van mening dat het aan een nieuw kabinet is om daarover beslissingen te nemen en knopen door te hakken.

De leden van de VVD-fractie willen allereerst weten of er ook nog andere alternatieven zijn dan de twee varianten die in de verkenning zijn geschetst, dan wel variaties op of combinaties van deze varianten. Zo ja, welke zijn er?

Daarnaast vragen deze leden de Minister welke mogelijkheden tot keuzebegeleiding en informatie over kosten bijvoorbeeld nu al kunnen bijdragen aan het keuzeproces van de zorgvrager. Welke informatie heeft een zorgvrager nodig en op welke wijze kan hij of zij deze informatie meenemen in het kiezen voor passende zorg? Welke eventuele nadelen kleven er aan deze huidige mogelijkheden?

Genoemde leden willen graag een overzicht van de voor- en nadelen die de Minister ziet aan de beide varianten die zijn bekeken, namelijk een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis en een vaste eigen bijdrage per diagnose-behandelcombinatie (dbc). Wat kunnen de financiële gevolgen zijn voor patiënten, en specifiek gezien voor de middeninkomens? Met name voor een vaste bijdrage per zorggebeurtenis is niet duidelijk hoeveel mensen het raakt en over wat voor bedragen het gaat. Kan de Minister ook iets zeggen over de gevolgen voor de nominale premie van de zorgverzekering?

De leden van de VVD-fractie willen weten of er echt niet meer gezegd kan worden over de gevolgen op macroniveau. Het Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)-advies dat zegt dat de opbrengst van het eigen risico lager zal zijn dan nu het geval is (de huidige opbrengst bedraagt 3,2 miljard euro per jaar), is natuurlijk een open deur.

Deze leden vragen de Minister of er iets meer gezegd kan worden over de gedragseffecten, remgeldeffecten en zorgmijding in de beide varianten. Kan tevens een analyse gegeven worden van de cumulatie van eigen bijdragen in de hele zorgketen?

Genoemde leden willen tot slot weten hoe de Minister de motie die is aangenomen bij de wet voor het bevriezen van het eigen risico in 2022 met betrekking tot het eigen risico in de GGZ gaat uitvoeren. Wanneer kan de Kamer de uitkomst van de gesprekken verwachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de verkenning van het eigen risico naar vaste eigen bijdragen en de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten. Deze leden vragen de Minister wat de voorkeur is van de verschillende veldpartijen, zoals de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse GGZ en de Patiëntenfederatie, bij de verschillende varianten voor een alternatief van het eigen risico. Kan de Minister hier een opsomming van maken? Zo nee, is hij bereid deze inventarisatie te doen bij de belangrijkste veldpartijen en deze te delen met de Kamer?

Genoemde leden vragen de Minister daarnaast of er contact is geweest met de VNG (Vereniging van Nederlandse Gemeenten) ten aanzien van het mogelijk veranderen van de systematiek van het eigen risico of eigen betalingen. Mogelijk is het zo dat de VNG hier een rol speelt in het geval dat zij nieuwe compensatiemechanismen ontwikkelen als het eigen risico verandert. Ook het standpunt van de VNG is wat deze leden betreft interessant om in ogenschouw te nemen.

De leden van de D66-fractie vragen of er een ambitie is vanuit de NZa of vanuit zorgpartijen om in de toekomst af te stappen van de dbc-systematiek binnen de medisch specialistische zorg. Zo ja, hoe concreet zijn deze plannen en wat houden deze in?

Variant 2: Een vaste eigen bijdrage per dbc

De leden van de D66-fractie vragen de Minister wat het beoogde effect is van een eigen betaling per dbc op het starten van een vervolgd-dbc voor een ziekenhuisbehandeling. Deze leden bemerken dat er ook vervolgd-dbc's, voor bijvoorbeeld een controle bij de longarts, worden gestart, precies 181 dagen na de start van de vorige dbc. Als er opnieuw een eigen betaling volgt bij de start van een vervolgd-dbc, zou dit een prikkel kunnen zijn voor de patiënt om te benadrukken dat een controle bezoek ook binnen de 180 dagen kan plaatsvinden of mogelijk bij de huisarts. Deze leden vragen de Minister om een reactie hierop. Daarnaast vragen zij de Minister hoeveel vervolgd-dbc's er jaarlijks worden gedeclareerd in Nederland die louter een controlebezoek op de poli bevatten. Ook vragen zij hem of bekend is bij hoeveel polibezoeken in het ziekenhuis er sprake is van een zogenoemd hand-schud-consult, een consult zonder echte noodzaak.

De leden van de D66-fractie constateren dat bij een vaste eigen bijdrage per dbc vooraf duidelijk is hoe hoog het bedrag is van de eigen bijdrage direct bij de start van de behandeling. Wanneer dit bijvoorbeeld 100 euro is, is dit des te meer zo, omdat in de ziekenhuiszorg er maar weinig dbc's zijn die goedkoper zijn dan 100 euro. Geeft de NZa een voorkeur aan voor de hoogte van dit bedrag, gegeven dit feit? Is het technisch eenvoudiger om te kiezen voor 90 euro, 100 euro of 110 euro? Gegeven het feit dat van tevoren duidelijk is hoe hoog een bijdrage bij start van een dbc is, vragen

deze leden of het technisch mogelijk is om direct bij de start dit bedrag te laten innen door de zorgverzekeraar. Wordt, met andere woorden, de zorgverzekeraar op de hoogte gebracht dat een dbc wordt gestart door een ziekenhuis (of zorgverlener)? Zo ja, klopt het dat het vervolgens mogelijk moet zijn om direct de 100 euro te factureren richting de patiënt? Zo nee, is dit wel volledig automatisch te bewerkstelligen, zoals de zorgverzekeraar nu op de hoogte wordt gebracht zodra een dbc wordt gesloten?

De leden van de D66-fractie vragen welke varianten zijn onderzocht voor het vrijwillige eigen risico. Immers, als er een vaste bijdrage van 100 euro per dbc wordt gevraagd dan zijn theoretisch negen behandelingen nodig om het vrijwillige eigen risico van 885 euro vol te maken. Is het dan wenselijk om de vaste bijdrage per dbc te verhogen? Zo ja, waarom wel? Zo nee, waarom niet? Welke andere alternatieven zijn er voor het vrijwillige eigen risico binnen deze variant?

De leden van de D66-fractie vragen wat de financiële gevolgen zouden zijn als alleen een vast bedrag per behandeling (dbc) wordt gevraagd, maar voor andere verrichtingen binnen het eigen risico geen bijdrage meer wordt gevraagd (zoals aanvullend onderzoek via de huisarts of medicatie). Is deze berekening te maken via Vektis, op basis van het aantal losse verrichtingen die onder het eigen risico vallen? Zo ja, kunt u deze uitvoeren?

Genoemde leden lezen dat overgaan tot een vaste bijdrage per dbc een ingrijpende wijziging is in de systematiek van het eigen risico, en deze minstens twee jaar in beslag neemt. Voor zorgaanbieders en verzekeraars kan de impact van een ingrijpende wijziging pas bepaald worden als de uitwerking helder is. Daarna is er tijd nodig voor aanpassing van de ICT en administratieve systemen. Kan de Minister nader ingaan welke ICT en administratieve aanpassingen nodig zijn bij de zorgaanbieders en in hoeverre deze ook ingrijpend zijn?

Deze leden vragen de Minister wanneer hij een antwoord van de NZa verwacht te ontvangen op de motie van het lid Paulusma (D66) over een vaste eigen bijdrage per behandeling in combinatie met het nieuwe zorgprestatie-model van de GGZ.² In hoeverre is het technisch mogelijk is om binnen het nieuwe zorgprestatie-model op een vergelijkbare wijze een bedrag te innen per behandeling? Deze leden zien in dat dit niet via een dbc kan, maar wellicht wel op een andere manier.

Genoemde leden constateren dat een vaste bijdrage per dbc goed kan werken in geval van ziekenhuisbehandelingen, maar dat er voor de ggz bijvoorbeeld al een uitdaging ligt. Is er een opsomming van andere sectoren alwaar wel een eigen risico geldt, maar waar een vaste bijdrage per dbc tot problemen kan leiden (zoals losse verrichtingen)? Denk bijvoorbeeld aan behandelingen in de eerste lijn, vervolgonderzoeken in de tweede lijn op aanvraag van de huisarts en medicatie. Hoe passen deze eigen betalingen binnen deze variant?

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De leden van de D66-fractie lezen dat 85% van de gemeenten meer dan één compensatiemaatregel inzetten om te komen tot financieel maatwerk. Zij lezen ook dat 95% van de gemeenten een Gemeentepolis aanbieden als compensatiemaatregel. Zijn er gemeenten die geen compensatiemaatregel(en) aanbieden? Is dit aandeel toegenomen in de afgelopen jaren en

² Kamerstuk 35 905 nr. 11

om welke redenen zijn gemeenten recent gestopt met het inzetten van een compensatiemaatregel of een Gemeentepolis? In hoeverre geldt het risico dat meer gemeenten die keuze zullen maken indien de gemeentelijke financiën verder onder druk komen te staan? Welke actie onderneemt de Minister hierop?

Welk effect heeft dit op ingezetenen van gemeenten waar geen financieel maatwerk wordt geleverd? Hoe waarborgen gemeenten zonder compensatiemaatregel(en) ondersteuning op maat aan inwoners met een zorgbehoefte en een laag inkomen? Is hiervoor overwogen om de middelen die aan het gemeentefonds zijn toegevoegd specifiek te oormerken voor dit doel?

De leden van de D66-fractie vragen daarnaast of de Minister voorbeelden kan geven van *best practices* door gemeenten in het leveren van maatwerk en op welke wijze deze gedeeld worden tussen gemeenten?

Zij constateren dat veel van de gemeentelijke maatregelen uitgevoerd worden op basis van inkomen in plaats van ziekte of beperking. In hoeverre vindt de Minister dat dit een verbetering of een verslechtering van het maatwerk is ten opzichte van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en de Compensatie Eigen Risico (CER)?

Genoemde leden lezen in het onderzoek weinig kwantitatieve informatie over het aantal mensen dat extra geholpen is of de vermindering van zorgkosten voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Vindt de Minister dat de afschaffing van de Wtcg en de CER goed geëvalueerd is zonder dat deze vragen goed onderzocht zijn? Heeft de Minister nog aanvullende gegevens over de financiële effecten van het afschaffen van de Wtcg en de CER en het gemeentelijk maatwerk?

De leden van de D66-fractie constateren dat de Gemeentepolis het meest gebruikte compensatiemechanisme is voor gemeenten. Tegelijkertijd is de Minister voornemens om de collectiviteitskorting van de basisverzekering ook bij de Gemeentepolis af te schaffen. Wat zijn de gevolgen van het afschaffen van de collectiviteitskorting van de basisverzekering bij gemeentepolissen? Welk effect heeft dit voor gemeenten? Welk effect heeft dit op ingezetenen met een minima-inkomen?

De leden van de D66-fractie constateren dat cliëntenorganisaties en gemeenten zichzelf een laag cijfer geven voor gemeentelijk maatwerk. Welke acties is de Minister voornemens te doen, of heeft de Minister ondernomen, om gemeentelijk maatwerk te verbeteren?

Deze leden lezen dat jongvolwassenen en ouderen zonder een bijstandsuitkering moeilijk bereikbare groepen zijn. Welke handvatten geeft de Minister aan gemeenten om deze moeilijk bereikbare groepen alsnog te informeren over en te includeren voor compensatiemaatregelen?

De leden van de D66-fractie lezen dat een deel van de gemeenten vanwege privacywetgeving gehinderd worden in het bereiken van de doelgroep. Kan de Minister uiteenzetten waarom dat bij sommige gemeenten wel een probleem is en bij anderen niet? Om welke privacywetgeving gaat het hier? Is er wetswijziging nodig om ervoor te zorgen dat alle gemeenten de juiste doelgroep kunnen gebruiken?

De leden van de D66-fractie constateren dat de inkomensnorm verschilt tussen gemeenten. Waarop baseren gemeenten deze inkomensnorm? Welk effect heeft de verschillende inkomensnorm op ingezetenen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

Wat betreft de verkenning eigen risico naar vaste bedragen hebben de leden van de CDA-fractie enkele verduidelijkende vragen.

Er wordt gesteld dat er bij deze verkenning uitgegaan wordt van de huidige bedragen van het eigen risico: een verplicht eigen risico van 385 euro en een vrijwillig eigen risico van maximaal 885 euro. Kan de Minister aangeven hoeveel verzekerden een vrijwillig eigen risico hebben? Hoe groot is dat bedrag van het vrijwillig eigen risico ongeveer? Hoeveel verzekerden kiezen voor het maximale bedrag en hoeveel verzekerden kiezen voor een lager bedrag?

In het advies wordt gesteld dat jaarlijks ongeveer 870.000 patiënten een traject hebben dat over de jaargrenzen heen loopt. Bij ongeveer 80.000 patiënten wordt het eigen risico aangesproken over een ander jaar dan wanneer de zorg plaatsvindt. Zij ondervinden nadeel. Kan de Minister dit nader toelichten? Welke nadeel wordt hier precies bedoeld? Hoe is de groep van 80.000 patiënten samengesteld? Valt er over deze groep nog meer te zeggen?

Wat betreft de evaluatie naar financieel maatwerk door gemeenten maken de leden van de CDA-fractie graag eveneens gebruik verduidelijkende vragen te stellen.

Gemeenten verwijzen op hun website vaak naar de Gemeentepolis als vervanging van vergoedingen vanuit de Wtgc en CER, maar – zo stellen de onderzoekers – de Gemeentepolis bestond in veel gemeenten al. Dat gemeenten gemeentepolissen aanbieden hangt samen met de hoogte van het inkomen van de burger en niet of men een chronische ziekte of handicap en daardoor veel meer zorgkosten heeft. Dat concluderen de onderzoekers ook: «Zo hanteren gemeenten verschillende inkomensgrenzen om gebruik te kunnen maken van regelingen, hoewel altijd gekoppeld aan het sociaal minimum». Kan de Minister hierop reflecteren? Deelt de Minister het standpunt van genoemde leden dat dit twee verschillende doelgroepen kunnen zijn?

Een grote groep gemeenten geeft ook aan dat zij niet scherp hebben of elke groep die financiële ondersteuning nodig heeft, bereikt wordt. Anderzijds kunnen zij groepen benoemen die buiten de huidige gemeentelijke regelingen vallen. Genoemde leden lezen het zo dat de groep mensen die veel zorg gebruiken, maar lagere middeninkomens hebben, niet goed bereikt worden? Klopt dit?

Als deze leden dit goed gelezen hebben, kan de Minister dan aangeven wat het verschil is met de oude landelijke regelingen (CER en Wtgc) waar niet iedereen bereikt werd? Vindt de Minister dat de inkomensregeling dan beter werkt dan de oude landelijke regeling? Waarom wel of waarom niet?

De onderzoekers stellen dat er in een aantal gemeenten de mogelijkheid is om het eigen risico en/of de eigen bijdrage Wmo mee te verzekeren in de Gemeentepolis. Kan aangegeven worden hoeveel gemeenten dit precies zijn?

De hoogte van een financiële tegemoetkoming verschilt per gemeente. Wat vindt de Minister van het verschil zoals de onderzoekers dit specifiek benoemen, namelijk 80 euro in de gemeente Maastricht en 498 euro in de gemeente Assen. Deelt dit de Minister de stellingname van genoemde

leden dat dit een groot verschil is en dus een groot verschil maakt in het levens (zorgportemonnee) van mensen?

Als we de Gemeentepolis en de individuele bijzondere bijstand buiten beschouwing laten, dit zijn immers regelingen waarvoor burgers in aanmerking komen die onder een bepaald inkomensniveau vallen, dan biedt de helft (47%) van de deelnemende gemeenten (129) een individuele financiële tegemoetkoming. Begrijpen deze leden dit goed?

Het gemiddelde cijfer dat cliëntenorganisaties geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk is een 4,1. Ook gezien de lage respons van de cliëntenorganisaties op dit onderzoek, is er een groot verschil tussen cliëntenorganisaties en gemeenten (6,6% of 5,2%) over of de regeling(en) doen wat ze moeten doen, of er maatwerk geleverd wordt. Dat vinden de leden van de CDA-fractie opmerkelijk. Deelt de Minister deze zienswijze? Hoe interpreteert de Minister dit verschil?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de onderhavige stukken en hebben hierover nog een aantal vragen en opmerkingen.

Technische verkenning aanpassing systematiek eigen risico

De leden van de SP-fractie zijn voorstander van de afschaffing van het eigen risico, omdat het eigen risico mensen beboet als zij de pech hebben om ziek te zijn. Is de Minister het met deze leden eens dat het beter zou zijn om het eigen risico gewoon af te schaffen, in plaats van kleine aanpassingen te doen die alleen maar leiden tot meer bureaucratie en meer tweedeling?

Evaluatie financieel maatwerk door gemeenten

De Minister stelt vanaf 2017 structureel 268 miljoen euro beschikbaar aan gemeentes voor financieel maatwerk ten behoeve van financieel maatwerk voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. De leden van de SP-fractie vragen of dit bedrag wel voldoende is, aangezien het bijna drie keer zo laag is als het geld dat aan de Wtcg en de CER werd uitgegeven en zowel gemeenten als cliëntenorganisaties (relatief) lage rapportcijfers geven voor het leveren van gemeentelijk maatwerk.

Deze leden vragen daarnaast hoeveel van het geld wordt besteed aan uitgaven die toch al werden gedaan. In hoeverre zijn deze regelingen uitgebreid nadat het extra geld vanuit het gemeentefonds kwam?

Genoemde leden vragen de Minister hoe het verschil verklaard kan worden tussen de gemeentes en de cliëntenorganisaties in de mate waarin zij vinden dat mensen die financiële ondersteuning bij zorgkosten nodig hebben goed bereikt worden met de bestaande regelingen? Is dit wellicht een indicatie dat een deel van de gemeentes delen van de doelgroep niet goed in het vizier heeft?

De leden van de SP-fractie lezen dat slechts 15% van de gemeenten iedereen die recht heeft op financiële ondersteuning daar persoonlijk van op de hoogte brengt. Is de Minister bereid om alle gemeenten aan te raden dit te doen, om zo het bereik van de maatregelen te vergroten?

Genoemde leden vragen de Minister hoe gemeenten ondersteund kunnen worden om de doelgroep beter te bereiken?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief over de verschillende opties om het eigen risico aan te passen. Deze leden hebben een vraag over de financiën. Zo wordt er tegenwoordig ruim 250 miljoen euro gestort in het gemeentefonds, terwijl er daarvoor zo'n 750 miljoen euro beschikbaar was voor tegemoetkomingen van zorgkosten. Klopt het dat er de facto 500 miljoen euro minder wordt uitgeven aan tegemoetkomingen voor zorgkosten van minima?

Genoemde leden hebben verder een vraag over variant 1 van de bekostiging. Een eigen bijdrage per zorggebeurtenis is vergelijkbaar met de systematiek in de ggz vanaf 1 januari. Klopt de aanneme van deze leden dat mensen dan meer eigen risico gaan betalen als behandelingen over de jaargrens heen worden gegeven? En hoeveel zou gemiddeld de betaling stijgen van mensen die zorggebruiken?

Tot slot vragen zij de Minister hoeveel geld het zou kosten om zorgkosten die verband houden met een chronische ziekte uit te sluiten van het eigen risico. Is het niet mogelijk om medicijnen die verband houden met chronische aandoeningen na het eerste jaar uit te sluiten van het eigen risico? En ook voor behandelingen binnen de curatieve zorg in den brede, zoals ziekenhuisbezoek, paramedische zorg en wijkverpleging?

II. Reactie van de Minister