

Vergaderjaar 2011–2012

33 288

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

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMEEN

Inleiding

Het onderhavige wetsvoorstel strekt ter uitvoering van de maatregelen uit het zogenaamde Begrotingsakkoord op het terrein van de zorg, die wijziging van formele wetten vereisen.

Het onderhavige wetsvoorstel betreft:

- a. de verzachting van de eigen bijdrage geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ), en
- b. de verhoging van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering met de daarmee samenhangende wijziging van de uitkering voor compensatie eigen risico.

Begrotingsakkoord 2013

Op 26 april 2012 sloten de fracties van VVD, CDA, D66, GroenLinks en de ChristenUnie een begrotingsakkoord voor 2013. Dit zogenaamde Begrotingsakkoord behelst een aanvullend pakket van consolidatie- en hervormingsmaatregelen. De omvang van het pakket maatregelen bedraagt € 12 miljard aan saldoverbeterende maatregelen in 2013, € 4,2 miljard netto ombuigingen op de uitgaven en € 8,5 miljard netto lastenverzwaringen. Enkele omvangrijke maatregelen, zoals een BTW-verhoging en een nullijn voor ambtenaren, zijn primair bedoeld om het tekort op korte termijn fors terug te brengen. Daarnaast worden nu een aantal hervormingen in gang gezet die op termijn de economische structuur versterken en de overheidsfinanciën verbeteren. Dit betreft modernisering van de arbeidsmarkt, het versneld verhogen van de pensioenleeftijd, hervorming van de woningmarkt, vergroening van de belastingen en efficiëntere zorgverlening. Ook leveren de maatregelen een significante bijdrage aan de aanpak van problemen op het terrein van klimaat en energie, op een zodanige wijze dat het de economische groei bevordert. Het pakket omvat afspraken voor 2013 en is gericht op een EMU-saldo van 3 procent in dat jaar. De effecten van het pakket zijn

zodanig over huishoudens verdeeld dat in 2013 sprake is van een evenwichtig koopkrachtbeeld. Daarmee wordt koers gezet richting gezonde overheidsfinanciën en een versterking van de economie, hetgeen perspectief biedt aan burgers en bedrijven om te investeren in de toekomst van Nederland. Het jaar 2013 wordt hierdoor geen «verloren» jaar.

Om die reden heeft de regering, in nauwe samenspraak met de Tweede Kamer, ook voor het terrein van de zorg, een aantal maatregelen geformuleerd (en aan de Europese Commissie medegedeeld) die ertoe strekken (al) in 2013 de beoogde uitgavenreductie te realiseren. Het Begrotingsakkoord 2013 voorziet tevens in compenserende maatregelen voor bepaalde groepen.

Het is thans zaak, mede met het oog op het tijdig verschaffen van duidelijkheid aan de verzekerden, zorgverzekeraars en andere bij de effectuering van de maatregelen betrokken instanties, op de kortst mogelijke termijn de vereiste regelgeving te realiseren. Het is van groot belang dat voor de zomerperiode zoveel mogelijk zekerheid bestaat over de te nemen maatregelen. Effectuering per 2013 en reductie van het tekort is anders illusoir.

Het nemen van de vereiste, soms diep ingrijpende maatregelen kan dus niet worden uitgesteld tot het tijdstip waarop, na de verkiezingen voor de Tweede Kamer van 12 september 2012, een nieuw kabinet zal zijn aangetreden.

Er is derhalve in die context voor de regering geen andere keuze dan voor het ingaan van het zomerreces zowel overeenstemming met de Tweede en de Eerste Kamer te bereiken over de te nemen maatregelen waarvoor vaststelling bij formele wet is vereist.

De regering streeft ernaar dit wetsvoorstel met het oog op de vereiste duidelijkheid voor de zorgverzekeraars en anderen zo spoedig mogelijk in werking te doen treden en doet daarom een dringend beroep op de beide Kamers der Staten-Generaal om het wetsvoorstel nog voor het zomerreces van 2012 te behandelen.

De regering vertrouwt erop dat voor de noodzaak van deze stap en de snelle besluitvorming begrip zal bestaan. Het Begrotingsakkoord 2013 is namelijk tot stand gekomen op initiatief van de Kamer. Verschillende fracties hebben in het debat van 24 april 2012 aangedrongen op een akkoord tussen het kabinet en een zo groot mogelijke meerderheid van de Kamer. In het debat van 26 april is geconstateerd dat het in de huidige buitengewone precaire situatie gelukt is om een akkoord te bereiken.

Voor het effectueren van de overige maatregelen op het terrein van de zorg uit het Begrotingsakkoord 2013, kan worden volstaan met wijziging van bestaande algemene maatregelen van bestuur (hierna: amvb) en ministeriële regelingen. Daarbij moet worden geacht aan het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering (pakketmaatregelen en eigen bijdragen), het Besluit zorgaanspraken AWBZ en de Regeling zorgaanspraken AWBZ (pakketmaatregelen), de Regeling subsidies AWBZ (maatregelen in de sfeer van het persoonsgebonden budget, pgb, en de vergoedingsregeling persoonlijke zorg) en het Bijdragebesluit zorg (wijzigingen eigen bijdragen).

De regering zal deze regelgeving met grote voortvarendheid ter hand nemen en overeenkomstig de daartoe strekkende wettelijke voorschriften bij de Tweede en Eerste Kamer «voorhangen», zodat deze zo spoedig mogelijk kan worden vastgesteld.

Ook kan een deel van de maatregelen zijn beslag krijgen door toepassing van het instrumentarium van de Wet marktordening gezondheidszorg. Dit instrumentarium bestaat uit:

- a. een aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid aan de Nederlandse zorgautoriteit (hierna: NZa),
- b. algemene verbindende voorschriften van de NZa (declaratievoorschriften),
- c. beleidsregels en tariefbeschikkingen van de NZa. Ook deze maatregelen zullen met grote voortvarendheid worden gerealiseerd.

Verzachting eigen bijdrage GGZ

De bovenbedoelde maatregel uit het Begrotingsakkoord 2013 houdt in dat verzekerden voor de zorgverzekering met inkomens van niet meer dan 110% van het sociaal minimum, een tegemoetkoming krijgen in de betaalde eigen bijdrage voor de behandeling in de tweedelijns GGZ (hierna: tegemoetkoming). Er bestaat geen recht op de tegemoetkoming bij een toetsingsinkomen van meer dan 110% van het sociaal minimum. Het CAK kent de tegemoetkoming toe en verstrekt de tegemoetkoming. De keuze voor een tegemoetkoming via het CAK maakt het mogelijk om de bovenbedoelde maatregel al in 2013 in te voeren.

De aanspraak op de tegemoetkoming is afhankelijk van de draagkracht. Dit betekent op basis van artikel 1, eerste en derde lid, van de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (hierna: Awir), dat die wet van toepassing is op de tegemoetkoming. Bij de uitwerking van de verzachting eigen bijdrage GGZ is zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij vergelijkbare regelingen, uitgevoerd door CAK zoals bijvoorbeeld de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (hierna: Wtcg) en de eigen bijdrage voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (hierna: AWBZ) en Wet maatschappelijke ondersteuning (hierna: Wmo). Dit is het meest helder voor de verzekerden, die vaak van meerdere regelingen gebruik maken, en draagt bij aan de uitvoerbaarheid.

Ingevolge artikel 7, eerste lid, van de Awir, wordt bij een verzekerde met een partner zijn eigen toetsingsinkomen en dat van zijn partner in aanmerking genomen. De exacte inkomensgrenzen waarboven geen recht bestaat op de tegemoetkoming, worden bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld. Het daarbij te hanteren jaar wordt ook bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld. De mogelijkheid om hierbij af te wijken van de Awir maakt het mogelijk om het inkomensgegeven over een eerder jaar dan het berekeningsjaar te hanteren. Er wordt bij de Wtcg en de eigen bijdragen voor de AWBZ en de Wmo, in afwijking van de Awir, uitgegaan van het inkomensgegeven van het tweede jaar voorafgaande aan het berekeningsjaar.

De hoogte van de toe te kennen tegemoetkoming is het bedrag van de eigen bijdrage die de verzekerde voor de behandeling tweedelijns GGZ heeft betaald. De eigen bijdrage behandeling voor de tweedelijns GGZ bedraagt € 100 voor een DBC tot honderd minuten en € 200 voor een DBC vanaf honderd minuten¹. Een verzekerde betaalt over een kalenderjaar niet meer dan € 200 aan eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ. Dit betekent dat de hoogte van de tegemoetkoming ten hoogste € 200 kan bedragen.² De verzekerde krijgt alleen een tegemoetkoming voor zorg waarvan de bijbehorende diagnose behandeling combinatie (hierna: DBC) na 31 december 2012 is geopend. Een DBC kan maximaal 365 dagen open staan. Het is derhalve mogelijk dat een in het jaar 2013 geopende DBC in 2014 wordt afgesloten. De verzekerde behoeft de eigen bijdragen pas te betalen nadat de zorgaanbieder de afgesloten DBC bij zijn zorgverzekeraar heeft gedeclareerd en die zorgverzekeraar die declaratie heeft verwerkt. De zorgverzekeraar verstrekt vervolgens de benodigde gegevens van de verzekerde aan het CAK. Het betreft hier met name het burgerservicenummer en het bedrag van de betaalde eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ.

¹ Zie artikel 2.3, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering.

² Zie artikel 2.3, vierde lid, van de Regeling zorgverzekering.

Het CAK stelt vervolgens vast of er sprake is van een partner. De regels voor het bepalen van het partnerschap worden bij algemene maatregel van bestuur vastgesteld waarbij kan worden afgeweken van de Awir. Het CAK bepaalt namelijk het partnerschap voor het Bijdragebesluit zorg en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten op basis van de regels voor partnerschap van de AWBZ.

Het CAK verstrekt de burgerservicenummers van de verzekerde en van de vastgestelde partner aan de rijksbelastingdienst. Het kan bij een verstrekt burgerservicenummer gaan om een cliënt voor de GGZ of een partner. De rijksbelastingdienst kan dus niet vaststellen of het verstrekte burgerservicenummer bij een cliënt voor de GGZ hoort of bij een partner. De rijksbelastingdienst krijgt hiermee niet de beschikking over persoonsgegevens betreffende de gezondheid van verzekerden. De rijksbelastingdienst levert de bij het verstrekte burgerservicenummer horende inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomens.

De toegekende tegemoetkomingen komen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds. Er bestaat een overeenkomst met de uitkering voor de compensatie van het verplichte eigen risico. De zorgverzekeraar int de verschuldigde bedragen in verband met het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering. Het CAK verleent voor bepaalde groepen een uitkering voor compensatie eigen risico.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, kent aan het CAK een budget toe voor beheerkosten ten behoeve van de uitvoering van de regeling van de tegemoetkoming. Het budget van beheerkosten komt ten laste van de rijksbegroting.

Verhoging verplicht eigen risico en wijziging van de compensatie eigen risico

Het Begrotingsakkoord 2013 bevat de afspraak om het bedrag van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering in 2013 bovenop de reguliere indexatie met € 115 te verhogen. De indexatie van het huidige bedrag van € 220 leidt tot een bedrag van € 235,-. De verhoging met € 115 leidt tot een verplicht eigen risico van € 350. Een verzekerde zal door de verhoging met € 115 naar verwachting gemiddeld € 61 meer kwijt zijn aan het verplichte eigen risico. De nominale premie voor de zorgverzekering zal in verband hiermee naar verwachting met € 61 dalen. In het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om de lagere inkomens volledig te compenseren via de zorgtoeslag voor de verhoging van het verplichte eigen risico met € 115. De aanpassing van de drempelpercentages voor de normpremie voor de zorgtoeslag leidt tot een verhoging van de maximale zorgtoeslag met € 115. De verhoging zou op basis van het huidige artikel 118a van de Zorgverzekeringswet leiden tot een verhoging van de uitkering voor de compensatie eigen risico (hierna: uitkering) met € 54. Dit leidt in combinatie met de maatregelen voor de zorgtoeslag tot een dubbele compensatie voor de personen die recht hebben op zowel de zorgtoeslag als de uitkering. De verhoging van het verplichte eigen risico met € 115 heeft op basis van het onderhavige wetsvoorstel geen gevolgen voor de hoogte van de uitkering. Dit wordt bewerkstelligd door bij de berekening van de hoogte van de uitkering een bedrag van € 54 in mindering te brengen.

Inkomenseffecten

De verhoging van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering met € 115 leidt naar verwachting tot een daling van de nominale premie voor de zorgverzekering met € 61. De maximale zorgtoeslag neemt in verband met de verhoging van het verplichte eigen risico toe met € 115 voor eenpersoonshuishoudens en € 230 voor meerpersoonshuishoudens. Dit

bedrag wordt lager naarmate het inkomen hoger is. Huishoudens tot het minimuminkomen krijgen hierdoor de stijging van het eigen risico volledig terug in de zorgtoeslag. De tegemoetkoming betreft een bedrag van € 100 dan wel € 200 voor huishoudens met een inkomen van niet meer dan 110% van het sociaal minimum.

Financiële gevolgen

De verhoging van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering met € 115 leidt tot lagere uitgaven voor de toepassing van het Budgettair Kader Zorg (hierna: BKZ). De eigen betalingen door verzekerden in verband met het verplichte eigen risico en de eigen betalingen in verband met eigen bijdragen worden als niet-belastingontvangsten gerekend tot het BKZ. De BKZ-uitgaven minus deze niet-belastingontvangsten vormen de netto-BKZ-uitgaven waaraan het BKZ een grens stelt. Het hogere verplichte eigen risico leidt naar verwachting tot een toename van de niet-belastingontvangsten met € 800 mln. De netto-BKZ-uitgaven dalen naar verwachting als gevolg van het hogere verplichte eigen risico met € 800 mln.

De verstrekte tegemoetkomingen belasten naar verwachting het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds met € 55 mln.

ARTIKELEN

Artikel I

Onderdeel A (artikel 11a van de Zvw)

Met de invoeging van een artikel 11a in de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt geregeld dat verzekerden beneden een bepaalde draagkrachtgrens, de betaalde eigen bijdragen voor behandeling in de tweedelijns GGZ terugontvangen. Het eerste en tweede lid bepalen dat het moet gaan om de eigen bijdrage voor behandeling in de tweedelijns GGZ. Het tweede lid bepaalt dat de tegemoetkoming in het berekeningsjaar overeenkomt met het bedrag aan eigen bijdrage voor behandeling in de tweedelijns GGZ, dat de verzekerde in dat jaar heeft betaald. De uitvoering van de regeling voor de tegemoetkoming wordt gelegd bij het CAK.

Het CAK mag op basis van de hem toegekende publiekrechtelijke taak (voor de uitvoering van artikel 11a van de Zvw; vgl. artikel 21 van de Wet bescherming persoonsgegevens) ook gegevens betreffende de gezondheid verwerken voor zover dat noodzakelijk is. De gegevens betreffende de gezondheid beperken zich tot het gegeven dat de desbetreffende verzekerde een behandeling in de tweedelijns GGZ heeft ondergaan en in verband daarmee een eigen bijdrage heeft betaald. Het CAK is op grond van dit artikel bevoegd inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen te gebruiken voor de toekenning van de tegemoetkoming in de eigen bijdrage voor de tweedelijns GGZ. Het CAK geldt hiermee ook voor de tegemoetkoming als afnemer in de zin van artikel 21, onderdeel f, van de Algemene wet inzake rijksbelastingen (hierna: Awr). De rijksbelastingdienst verstrekt op grond van artikel 21e van de Awr aan het CAK de gevraagde inkomensgegevens uit de basisregistratie inkomen.

Onderdeel B (artikel 19 van de Zvw)

De voorgestelde wijziging van artikel 19 van de Zvw, stelt het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering vast op € 350.

Onderdeel C (artikel 39 van de Zvw)

De uitgaven voor de tegemoetkomingen komen met deze wijziging ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Onderdeel D (artikel 118a van de Zvw)

De wijziging van artikel 118a van de Zvw strekt ertoe te voorkomen dat verzekerden met een laag inkomen, die voor het gestegen eigen risico gecompenseerd worden door aanpassing van hun zorgtoeslag, daarvoor «dubbel» gecompenseerd worden. Het gewijzigde artikel 118a van de Zvw, voorziet bij de berekening van de hoogte van de uitkering in een extra vermindering van € 54. De verhoging van het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering met € 115 heeft daardoor geen gevolgen voor de hoogte van de uitkering.

Artikel II

De wijziging van artikel 49 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten voegt de uitvoering van de regeling voor de tegemoetkoming toe aan het takenpakket van het CAK.

Artikel III

Op basis van het eerste lid van dit artikel kan de betaalde eigen bijdrage voor zorg waarvan de bijbehorende DBC voor 1 januari 2013 is geopend, niet leiden tot een tegemoetkoming. Ingevolge het tweede lid van dit artikel vindt er voor 2013 geen indexatie plaats van het bedrag van het verplichte eigen risico.

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