

Vergaderjaar 2021–2022

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1134

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 oktober 2021

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen van 23 september jl. (Handelingen II 2021/22, nr. 3, Algemene Politieke Beschouwingen) heeft het lid Wilders (PVV) gevraagd naar de mogelijkheden van de introductie van een hardheidsclausule in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor het eigen risico. Het lid Wilders heeft hierbij naar voren gebracht dat hij wil weten welke mogelijkheden zorgverzekeraars en bijvoorbeeld apothekers hebben om mensen die hun eigen risico niet kunnen betalen tegemoet te komen. Graag kom ik in deze brief op deze vragen terug.

De kernpunten van deze brief zijn:

- De huidige Zvw bevat geen hardheidsclausule voor het eigen risico. Zorgverzekeraars nemen wel maatregelen die bij kunnen dragen aan het financieel toegankelijk houden van zorg.
- Het introduceren van een hardheidsclausule voor het eigen risico in de Zvw gaat gepaard met een aantal belangrijke uitdagingen en uitzoekpunten.
- Het is de vraag of een hardheidsclausule voor het eigen risico nodig is, omdat naast zorgverzekeraars ook op landelijk en gemeentelijk niveau maatregelen zijn genomen om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen te voorkomen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag ter compensatie van een deel van de premie en het eigen risico.

Hardheidsclausule voor het eigen risico

Het eigen risico geldt voor volwassenen¹ die gebruikmaken van zorg uit het basispakket. Wel zijn er verschillende zorgvormen uitgezonderd van het eigen risico: huisartsenzorg, wijkverpleging, kraamzorg, verloskundige zorg, bepaalde zorg bij een aantal chronische ziekten en nacontroles en reiskosten bij orgaandonatie.

¹ Kinderen zijn geen eigen risico verschuldigd.

Zorgverzekeraars zijn belast met de inning van het eigen risico (zie artikel 19 van de Zvw) en mogen hier niet van afwijken. Zorgverzekeraars hebben dus niet de mogelijkheid om het eigen risico voor specifieke groepen verzekerden niet te innen. Zorgverzekeraars nemen wel maatregelen die bij kunnen dragen aan het financieel toegankelijk houden van de zorg.

Maatregelen van zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars kunnen het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Dit is geregeld in artikel 21, lid 2 van de Zvw. Op basis van dit artikel hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om vormen van zorg of overige diensten aan te wijzen waarvoor de kosten geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen. Zorgverzekeraars hebben dus de vrijheid om zorgaanbieders aan te wijzen, waarvoor geldt dat een verzekerde geen eigen risico verschuldigd is indien hij/zij deze zorgaanbieder raadpleegt. In de memorie van toelichting bij de wijziging van de Zorgverzekeringswet waarin artikel 21, lid 2, is geïntroduceerd (zie Kamerstuk 31 094, nr. 3) is hierover opgemerkt dat de zorgverzekeraar aan iedere verzekerde die naar een preferentie zorgaanbieder gaat, dezelfde vrijstelling moet verlenen. De verzekeraar mag dus niet alleen een vrijstelling geven aan bijvoorbeeld sociale minima.

Op 13 oktober jl. is de «Monitor zorgverzekeringen 2021» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar uw Kamer gestuurd (Kamerstuk 29 689, nr. 1130). De NZa heeft in deze monitor geconcludeerd dat sturing via het eigen risico op voorkeursaanbieders meer betekenis krijgt. Zo wordt doorgaans bij preventie gerichte programma's geen eigen risico gevraagd en brengen verschillende zorgverzekeraars ook geen eigen risico in rekening indien er gebruik wordt gemaakt van voorkeursgeneesmiddelen.

Verder bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Een inventarisatie heeft uitgewezen dat circa 1,1 miljoen verzekerden gebruik maken van deze mogelijkheid. Dit hoeft overigens niet te duiden op financiële problemen. Ook voor mensen met een middeninkomen kan dit een prettige service zijn.

Daarnaast bieden verschillende zorgverzekeraars een gemeentepolis aan, waarin bijvoorbeeld in de aanvullende verzekering regelingen zijn opgenomen ten aanzien van het eigen risico (zoals herverzekering). Op 12 oktober 2020 is een uitgebreid onderzoek van Zorgweb met feiten over de gemeentepolis naar uw Kamer gestuurd (zie Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 1081). Dit onderzoek laat zien dat in 2020 circa 61 procent van de gemeenten een gemeentepolis aanbod met regelingen rondom het eigen risico. Dit percentage is de afgelopen jaren gestegen, want in 2012 ging het nog om 7,5 procent van de gemeenten.

Overige maatregelen

Ook op landelijk niveau zijn verschillende maatregelen genomen om de toegankelijkheid tot zorg te borgen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen **zorgtoeslag** ter compensatie van een deel van de premie en het eigen risico. Verder komen sommige zorgkosten in aanmerking voor een **fiscale aftrek** («de specifieke zorgkosten»).

Per 1 januari 2014 is via het Gemeentefonds geld ter beschikking gesteld aan **gemeenten** (structureel 268 miljoen euro vanaf 2017), **ten behoeve van financieel maatwerk** voor hun ingezetenen in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning. De maatwerkbeoordeling die gemeenten kunnen uitvoeren werd gezien als belangrijkste meerwaarde

van de wijziging. Gemeenten zijn vrij om te bepalen of, en zo ja op welke wijze en in welke mate, zij de middelen inzetten. Deze beleidsruimte stelt gemeenten in staat hun verantwoordelijkheid te nemen op een wijze die zo goed mogelijk aansluit op de lokale omstandigheden en de persoonlijke situatie van hun ingezetenen.

Gemeenten kunnen verschillende maatregelen nemen om tot financieel maatwerk te komen. Recent onderzoek (zie Kamerstuk 29 689, nr. 1109) laat zien dat circa 85 procent van de gemeenten meer dan één compensatiemaatregel heeft genomen. Het overgrote deel van de gemeenten blijkt een gemeentepolis aan te bieden.² Daarnaast biedt een groot deel van de gemeenten individuele bijzondere bijstand aan (59 procent van de gemeenten) en/of een individuele financiële tegemoetkoming (47 procent van de gemeenten). Bij deze laatste categorie gaat het bijvoorbeeld om een financiële tegemoetkoming voor de kosten onder het eigen risico. De doelgroep van de regelingen bestaat vrijwel altijd uit mensen met hoge zorgkosten en een laag inkomen. De meeste gemeenten hanteren hierbij een inkomensgrens van 110 tot 130 procent van het minimuminkomen. Daarnaast is een laag vermogen vaak een (aanvullend) criterium voor de bijzondere bijstand. Het onderzoek laat zien dat gemeenten over het algemeen vinden dat hun lokale regelingen effectiever zijn dan de Wtgc en de CER waren.

Het lid Wilders vraagt expliciet naar de rol die **zorgaanbieders**, zoals apothekers, kunnen spelen. Het Verwey-Jonker Instituut heeft vorig jaar onderzoek gedaan naar mogelijke lokale maatregelen waarbij het contact tussen de zorgverlener en kwetsbare verzekerden centraal staat (zie Kamerstukken 29 689 en 29 538, nr. 1081). De zorgverlener wordt hierbij geacht een inschatting te kunnen maken welke ondersteuning nodig is om ongewenste zorgmijding vanwege financiële redenen te verminderen of te voorkomen. Zo wordt in het onderzoek de maatregel belicht waarin een apotheker de rekening kan doorsturen naar de gemeente indien een verzekerde zelf de kosten niet kan dragen. De analyse laat zien dat het hier gaat om een regelarme voorziening zonder zeer strakke kaders, waarbij een bepaalde mate van vertrouwen tussen de betrokken partijen van belang is.

Aandachtspunten bij de introductie van een hardheidsclausule in de Zvw

Bij de afweging of het mogelijk en wenselijk is een hardheidsclausule voor het eigen risico op te nemen in de Zvw is een aantal belangrijke aandachtspunten te noemen. In de eerste plaats dient de doelgroep gespecificeerd te worden. Dit is nog niet zo eenvoudig en vergroot de administratieve lasten voor zorgverzekeraars. De huidige Zvw bevat een hardheidsclausule voor vervoer. Er is hiervoor een formule ontwikkeld om te beoordelen of een verzekerde op grond van de hardheidsclausule aanspraak kan maken op ziekenvervoer. Deze formule houdt rekening met bijvoorbeeld het aantal keer per maand dat iemand moet reizen en de afstand. In het geval van een hardheidsclausule voor het eigen risico lijkt het meest voor de hand liggend om rekening te houden met de financiële situatie van een verzekerde. Zorgverzekeraars mogen echter niet over inkomensgegevens beschikken. Hier zou eerst een wettelijke grondslag voor gecreëerd moeten worden. De wenselijkheid hiervan is discutabel. De Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtgc) en de Compensatie eigen risico (CER) hebben verder laten zien dat het ingewikkeld is om de groep van chronisch zieken en gehandicapten te identificeren.

² In 2021 blijkt 95 procent van de gemeenten een gemeentepolis aan te bieden.

Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de Europese richtlijn Solvency II. De richtlijn Solvency II brengt met zich mee dat als wettelijke verplichtingen worden opgelegd aan zorgverzekeraars, deze beperkt moeten zijn tot eisen die noodzakelijk zijn ter bescherming van het algemeen belang. De noodzakelijkheid en proportionaliteit van de introductie van een hardheidsclausule voor het eigen risico zijn op voorhand geen gegeven.

Zo hebben zorgverzekeraars reeds verschillende maatregelen genomen en zijn er ook op landelijk en gemeentelijk niveau reeds bestaande maatregelen (zie vorige paragraaf). Op de website van de Staat van Volksgezondheid en Zorg³ is te zien dat het percentage van de mensen dat aangeeft de afgelopen twaalf maanden te hebben afgezien van zorg vanwege de kosten (niet specifiek het eigen risico), is afgenomen van 16% in 2016 naar 7% in 2020. Indien het wenselijk zou zijn een hardheidsclausule in de Zvw te introduceren, zou bij nadere uitwerking moeten worden gezien of aan deze Europese eis voldaan kan worden.

Tot slot

In Nederland heeft iedereen via de basisverzekering recht op hetzelfde pakket van medische zorg. Het is zeer ongewenst als mensen vanwege financiële redenen geen toegang hebben tot zorg of afzien van noodzakelijke zorg. Daarom vind ik het van belang dat er oog is voor deze groep. Hier kunnen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders een belangrijke rol spelen. Zij hebben reeds verschillende mogelijkheden hiertoe.

Het is aan een volgend Kabinet om desgewenst wijzigingen aan te brengen in het eigen risico en de compensatiemaatregelen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge

³ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/financi%C3%ABle-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten>.