

Vergaderjaar 2021–2022

36 135

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inhoud en aanleiding wetvoorstel

In het Coalitieakkoord 2021–2025 «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst» hebben de fracties van de partijen VVD, CDA, D66 en ChristenUnie een pakket aan maatregelen aangekondigd om het verplicht eigen risico slimmer en betaalbaarder te maken en de stapeling aan eigen bijdragen te monitoren en tegen te gaan.¹

Eén van deze maatregelen betreft het bevriezen van het verplicht eigen risico op € 385. Met voorliggend wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico daarom tot en met 2025 bevroren op € 385. Zonder dit wetsvoorstel zal vanaf 2023 de indexering van het verplicht eigen risico per 2023 weer plaatsvinden. In artikel 19 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is namelijk vastgelegd dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar. In het coalitieakkoord wordt ook een slimmere vormgeving van het verplicht eigen risico aangekondigd. Het voornemen is om de systematiek van het eigen risico zo vorm te geven dat mensen niet in één keer het gehele verplichte eigen risico hoeven te betalen. Betaling van een bedrag per behandeling voorkomt dat mensen al na één behandeling het volledig verplicht eigen risico moeten betalen. Het streven is om deze maatregel per 2025 in te laten gaan. Dit beleid moet de komende tijd verder worden vormgegeven, in een wetsvoorstel worden opgenomen en, na aanneming van dit wetsvoorstel, worden geïmplementeerd. Om te voorkomen dat het verplicht eigen risico stijgt in de jaren voorafgaand aan het wijzigen van de vormgeving en de zorgkosten stijgen voor mensen die zorg ontvangen, is voorliggend wetsvoorstel opgesteld. Naast het ontwikkelen van structureel beleid met betrekking tot betaling van een bedrag per behandeling, is in het coalitieakkoord ook opgenomen

¹ Coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst» p. 34.

dat de stapeling van eigen bijdragen zal worden gemonitord en worden tegengegaan. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan het maximeren van de eigen betalingen op € 250 bij het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

De financiering van zorg en ondersteuning in Nederland is in hoge mate gebaseerd op solidariteit van mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen. Het vaststellen van de hoogte van het verplicht eigen risico is een afweging tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Mensen die gebruik maken van de zorg dragen bij via het verplicht eigen risico, dit zorgt ervoor dat voor iedereen een lagere zorgpremie kan worden vastgesteld en daarmee het draagvlak voor solidariteit in het stelsel wordt behouden. Door het verplicht eigen risico worden mensen meer geremd in hun consumptie naarmate ze meer zelf betalen. Het verplicht eigen risico draagt zo ook bij aan passende zorg en doelmatigheid. Echter, eigen betalingen voor zorg en ondersteuning kunnen zich opstapelen voor degenen met veel zorg, waardoor hun rekening sterk kan oplopen.

Het vorige kabinet heeft besloten tot het bevriezen van het verplicht eigen risico op € 385 voor de jaren 2019, 2020 en 2021. In afwachting van een nieuw kabinet is, op verzoek van de leden van de Tweede Kamer², het verplicht eigen risico ook voor 2022 gehandhaafd op € 385.

Met dit wetsvoorstel wordt, conform de afspraak uit het Coalitieakkoord, het verplicht eigen risico van de zorgverzekering in 2023, 2024, en 2025 vastgesteld op het bedrag van € 385 per jaar per verzekerde van 18 jaar of ouder. Op die manier borgt het kabinet dat de zorgkosten die voor eigen rekening komen, betaalbaar blijven voor mensen die zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen ontvangen en daardoor met meerdere eigen bijdragen worden geconfronteerd. De eigen betalingen in de zorg en ondersteuning mogen er niet toe leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. Met inachtneming van het uitgangspunt dat de hoogte van het eigen risico een afweging is tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid wordt het voor de komende jaren als passend gezien om het verplicht eigen risico te bevriezen en daarmee de solidariteit met mensen die veel kosten moeten maken voor zorg te vergroten. Hierbij prevaleert het belang van de betaalbaarheid van de zorgkosten voor mensen die veel zorg nodig hebben en het vergroten van de solidariteit tussen zieke en gezonde verzekerden boven de andere factoren.

2. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

Wanneer het verplicht eigen risico voor de jaren 2023 tot en met 2025 niet bevroren zou worden, zou het verplicht eigen risico de komende jaren naar verwachting fors stijgen tot ongeveer € 430 per volwassen verzekerde in 2025. Door het onderhavige wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico bevroren op een bedrag van € 385.

Het bevriezen van de hoogte van het eigen risico leidt tot minder opbrengsten uit het verplicht eigen risico voor zorgverzekeraars dan zonder dit wetsvoorstel het geval zou zijn. Zij zullen daardoor de nominale premie hoger vast moeten stellen dan in de situatie dat het eigen risico wel zou stijgen. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een lager verplicht eigen

² Kamerstukken II 2020/21, 25 295 nr. 1307. Op 24 juni 2021 is tijdens het plenaire debat over de ontwikkelingen rondom het coronavirus de motie van het lid Kwint c.s. kamerbreed ingediend. De Tweede Kamer heeft de motie op 29 juni 2021 met algemene stemmen aangenomen.

risico staat een hogere nominale premie. Uiteindelijk worden alle collectieve zorguitgaven betaald door burgers en bedrijven via de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), eigen risico en via een uit belastingen gedekte rijksbijdrage. In artikel 45, vierde lid, van de Zvw is vastgelegd dat de inkomensafhankelijke bijdragen de helft bedragen van de zorguitgaven in de Zvw (50/50-verdeling). Dat impliceert dat de andere helft moet worden gefinancierd uit de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen samen. De lagere inkomsten als gevolg van de bevrozing van het verplicht eigen risico kunnen niet worden gecompenseerd met een verhoging van de IAB, omdat daarmee de 50/50-verdeling zou worden aangetast.

Daarnaast leidt een lager verplicht eigen risico (ten opzichte van de stijging die zonder dit wetsvoorstel zou optreden) naar verwachting tot meer zorggebruik. De financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is namelijk kleiner in vergelijking met de situatie dat het verplicht eigen risico zou worden verhoogd. Deze verwachting is gebaseerd op algemene inzichten uit de economische wetenschap dat mensen meer geremd worden in hun consumptie naarmate ze er zelf meer voor moeten betalen. In de zorg wordt dit ook wel het «remgeldeffect» van het verplicht eigen risico genoemd. De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn in 2020 onderzocht en beschreven door het Centraal Planbureau.³ Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van dit wetsvoorstel.

Het gedragseffect zal – vanwege de hierboven toegelichte 50/50-verdeling – moeten worden opgevangen door een verhoging van de nominale premie door zorgverzekeraars, een hogere inkomensafhankelijke bijdrage en een hogere rijksbijdrage voor kinderen. Het percentage van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt jaarlijks bekend gemaakt met Prinsjesdag.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de inkomenseffecten per verzekerde. Hierbij wordt uitgegaan van de situatie aan het eind van de looptijd van dit wetsvoorstel (2025). Hieruit blijkt dat de maatregel een gunstig effect heeft voor verzekerden met dermate hoge zorgkosten dat zij het verplicht eigen risico zouden volmaken. Naar schatting maakt 49% van de verzekerden het verplicht eigen risico van de zorgverzekering vol. Voor hen kan het bevrozen van het verplicht eigen risico dus voordelig uit pakken. Verzekerden die het verplicht eigen risico niet volmaken, gaan er (door de verhoging van de nominale premie) op achteruit. Daar staat tegenover dat zij minder aan zorg betalen dan degenen die het eigen risico volmaken. Met dit wetsvoorstel wordt de risicosolidariteit in de Zvw met deze maatregel in beperkte mate versterkt.

Als tegemoetkoming in de nominale premie en het verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden een zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie. De standaardpremie is een raming van de gemiddelde nominale premie (+ € 33 in 2025) vermeerderd met het gemiddeld gebruikte verplicht eigen risico (- € 22 in 2025).⁴ Als gevolg van de bevrozing van het verplicht eigen risico zal de standaardpremie en daarmee de zorgtoeslag in 2025 met circa € 11 stijgen.

³ Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, Den Haag en Remmerswaal en Boone (2020), <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, *Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*, CPB-achtergronddocument,

⁴ Artikel 1, eerste lid, onderdeel g, jo. artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag.

Overzicht van het inkomenseffect gedurende de voorgestelde looptijd van dit wetsvoorstel (+ = positief effect voor koopkracht):

Type verzekerde	2023	2024	2025
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 8	+ € 16	+ € 23
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 4	+ € 8	+ € 12
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	- € 7	- € 14	- € 22
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	- € 11	- € 22	- € 33

De inkomenseffecten van het wetsvoorstel in meer detail voor 2025:

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 45	- € 33	+ € 11	+ € 23
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 45	- € 33	+ € 0	+ € 12
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 0	- € 33	+ € 11	- € 22
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 0	- € 33	+ € 0	- € 33

Omdat het wetsvoorstel alleen op het bevriezen van het verplicht eigen risico ziet, is in het wetsvoorstel alleen het partiële budgettaire effect van het bevriezen van het verplicht eigen risico opgenomen, zonder rekening te houden met wijziging van de systematiek (voorzien per 2025) en de interactie tussen beide maatregelen. Het voornemen is om de systematiek van het eigen risico zo vorm te geven dat mensen niet in één keer het gehele verplichte eigen risico hoeven te betalen. Deze aanpassing wordt op dit moment verder uitgewerkt.

De weergegeven inkomenseffecten betreffen alleen de bevroering van het verplicht eigen risico. De raming van de premie en de daaraan gekoppelde ontwikkeling van de zorgtoeslag wordt doorlopend geactualiseerd. Dit gebeurt op basis van de meest recente inzichten over de ontwikkeling van de zorgkosten. De effecten van deze aanpassingen worden jaarlijks meegewogen in de besluitvorming over het koopkrachtbeeld in aanloop naar Prinsjesdag. Uiteindelijk stellen zorgverzekeraars jaarlijks de definitieve premie voor de basisverzekering vast in november.

De bevroering van het verplicht eigen risico heeft verder geen consequenties voor de indexatie van de wettelijke eigen bijdragen uit hoofde van de Zvw. Ook behouden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico als sturingsinstrument in te zetten en een vrijwillig eigen risico (van maximaal € 500) aan te bieden.

Het verplicht eigen risico dat geldt voor de verzekerde zorg vanuit het basispakket van de Zvw is op zichzelf niet inkomensafhankelijk, maar enkel afhankelijk van het zorggebruik. Er bestaan diverse compensatieregelingen die ervoor moeten zorgen dat iedereen zijn zorgkosten kan betalen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen zorgtoeslag als gedeeltelijke tegemoetkoming voor de zorgpremie en het verplicht eigen

risico. Verschillende zorgvormen, zoals huisartsenzorg en de zorg voor kinderen, zijn uitgezonderd van het eigen risico. Ook komen sommige zorgkosten in aanmerking voor fiscale aftrek («specifieke zorgkosten») en bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Zorgverzekeraars kunnen ook het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten en de financiële middelen om tot financieel maatwerk te komen. Mensen die anders moeite zouden hebben om hun zorgkosten te betalen kunnen met bovengenoemde instrumenten gericht worden ondersteund. Het effect dat uitgaat van de bevrozing van het eigen risico moet in samenhang met de andere maatregelen worden gezien. Al met al krijgen verzekerden met een laag en middeninkomen en een grote zorgbehoefte, financieel meer ondersteuning dan verzekerden met een hoog inkomen en/of een lage zorgbehoefte.

3. Financiële gevolgen

In onderstaande tabel staan de structurele budgettaire effecten relevant voor het uitgavenkader (Uitgavenplafond Zorg) van de bevrozing van het verplicht eigen risico in miljoenen euro's. Onderstaande tabel presenteert zowel de effecten gedurende de looptijd van deze wet, als de structurele effecten per 2026. Het uitschakelen van de indexering voor enkele jaren zorgt er namelijk voor dat de hoogte van het eigen risico zich structureel op een lager groeipad bevindt. Een lager verplicht eigen risico leidt tot extra zorguitgaven. Door het bevrozen van het verplicht eigen risico neemt het «remgeldeffect» immers af en neemt het zorggebruik toe. Daarnaast heeft de bevrozing van het eigen risico een effect op de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag. Deze effecten zijn meegenomen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord.

Budgettaire effecten in € mln.	2023	2024	2025	Structureel
Derving opbrengsten eigen risico	103	209	317	319
Extra zorguitgaven	120	240	360	360
Totaal uitgavenkader (Uitgavenplafond Zorg)	223	449	677	679

Door het eigen risico te bevrozen, worden de collectieve zorguitgaven hoger dan zonder de bevrozing van het eigen risico het geval zou zijn geweest. Deze kosten worden gedragen door alle verzekerden, ook door de mensen die niet het verplicht eigen risico aanspreken of geheel volmaken. Het kabinet vindt dat eigen betalingen in de zorg en ondersteuning er niet toe mogen leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. Er moet dus steeds een balans worden gevonden in de mate waarin eigen betalingen aan zorggebruikers gevraagd moeten worden en de mate waarin anderen meebetalen aan de kosten van zorggebruikers. Uit onderzoek blijkt dat er groot maatschappelijk draagvlak is voor het solidariteitsaspect van het stelsel.⁵ Het kabinet vindt ook met dit verminderde remgeldeffect dat de voorgestelde bevrozing van het eigen risico in de komende jaren nog past binnen een juiste afweging tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.

⁵ Kooijman, M., Brabers, A., Jong, J. de. Hoe ervaren patiënten toegang tot de zorg? Afzien van zorg vanwege de kosten en wachttijden voor het bezoek aan een medisch specialist. www.nivel.nl: Nivel, 2018.

Parallel aan dit wetsvoorstel, werkt het kabinet maatregelen uit om de stijgende zorgkosten tegen te gaan. Het voornemen is om de systematiek van het eigen risico zo vorm te geven dat mensen niet in één keer het gehele verplichte eigen risico hoeven te betalen. Die systematiek zal naar verwachting het remgeldeffect juist versterken terwijl het tegelijk voorkomt dat mensen worden afgeschrikt door al na één behandeling het volledig verplicht eigen risico vol te maken.

4. Consultatie

Met dit wetsvoorstel wordt de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op € 385. Een dergelijke wetswijziging waarbij de hoogte van het verplicht eigen risico wordt bevroren, heeft twee keer eerder plaatsgevonden. Deze vergelijkbare wetsvoorstellen konden rekenen op breed politiek en maatschappelijk draagvlak. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt niet gewijzigd in dit wetsvoorstel. Het eigen risico wordt bevroren om de zorgkosten van mensen te beperken, maar tegelijk biedt dit ook tijd om te werken aan structureel beleid met betrekking tot het tegengaan van stapeling van de eigen betalingen en het omvormen van de systematiek van het verplicht eigen risico. Binnen afzienbare tijd zal voor dit laatste een wetsvoorstel worden gemaakt waarin de hervorming van het verplicht eigen risico centraal staat. Dat wetsvoorstel zal uiteraard ter internetconsultatie worden voorgelegd, zodat mensen, bedrijven en instellingen suggesties kunnen doen om de kwaliteit en uitvoerbaarheid van dat voorstel te verbeteren.

Gezien bovenstaande, en het korte tijdspad tussen het aantreden van het huidige kabinet en de beoogde inwerkingtredingsdatum van 1 januari 2023, is ervoor gekozen om dit wetsvoorstel niet voor internetconsultatie uit te zetten. De regering vindt deze keuze gerechtvaardigd gezien de spoedeisendheid en het zeer eenvoudige karakter van het wetsvoorstel. Consultatie heeft bovendien plaatsgevonden door het voorstel aan partijen als Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Patiëntenfederatie Nederland voor te leggen. ZN en de Patiëntenfederatie hebben aangegeven dat hun standpunt ten opzichte van bevroering van het eigen risico niet gewijzigd is ten opzichte van eerdere wetsvoorstellen over bevroering van het eigen risico. Uit het oogpunt van solidariteit en toegankelijkheid van zorg vinden zorgverzekeraars het ongewenst dat het verplichte eigen risico structureel verder wordt verhoogd. Het wetsvoorstel komt aan die wens tegemoet. Voor verzekeraars is het daarnaast van belang om tijdig te weten of de bevroering van het eigen risico wordt verlengd. ZN heeft aangegeven dat zorgverzekeraars geen significante uitvoeringsconsequenties zien als gevolg van deze maatregel. Het betreft immers het gelijk houden van het bedrag van het verplicht eigen risico en geen systeemwijziging. Daarom worden voor onderhavig wetsvoorstel ook geen significante uitvoeringsconsequenties voorzien. Patiëntenfederatie Nederland is van mening dat het voornemen om het verplicht eigen risico gedurende de gehele kabinetsperiode tot en met 2025 niet te verhogen en op € 385 te handhaven, niet ver genoeg gaat. De Patiëntenfederatie vindt het verplicht eigen risico nu ook al te hoog. Met verlaging van het verplicht eigen risico zouden patiënten die vaker Zvw-zorg nodig hebben volgens haar worden ontzien en wordt de solidariteit tussen «gezond» en «ziek» verbeterd. In het verlengde daarvan is de Patiëntenfederatie ook van mening dat het *vrijwillig* eigen risico moet worden afgeschaft. De regering is echter van mening dat het verzekerde pakket van de Zvw door het bevroeren van het verplicht eigen risico voor iedereen betaalbaar blijft en niet verder verlaagd hoeft te worden. Met het bevroeren blijft het effect op de nominale premie beperkt voor iedereen, ook voor mensen die niet het verplicht eigen risico (volledig) betalen. Er wordt hierdoor een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid

die van de zorggebruikende verzekerde zelf kan worden gevraagd en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd kan worden.

5. Gevolgen voor de regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat de hoogte van het verplicht eigen risico tot en met 2025 gelijk blijft. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt in dit wetsvoorstel niet gewijzigd. Het wetsvoorstel heeft dan ook geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers of zorgverzekeraars.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het wetsvoorstel – behoudens eenmalige kennisnemingskosten – geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

II. Artikelsgewijs

Artikel I

Ook voor de jaren 2023 tot en met 2025 worden zowel het tweede als het derde lid van artikel 19 van de Zvw buiten toepassing verklaard. Het tweede lid regelt de wijze van de jaarlijkse indexering van het verplicht eigen risico aan de ontwikkeling van de zorgkosten. Het derde lid bevat de delegatiegrondslag voor de daadwerkelijke verhoging van het verplicht eigen risico bij ministeriële regeling. Die verhoging vindt plaats indien het geïndexeerde bedrag € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag. Het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico brengt daarom het buiten toepassing laten van zowel het tweede als het derde lid van artikel 19 van de Zvw met zich mee.

Artikel II

Om de indexering van het bedrag van het verplicht eigen risico per 2023 tot en met 2025 achterwege te laten, dient deze wet met ingang van 1 januari 2023 in werking te treden. Het is van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel uiterlijk in september 2022 is afgerond. De hoogte van het verplicht eigen risico is immers onder meer nodig voor de toekenning van de vereveningsbijdrage door het Zorginstituut in oktober 2022 en de bekendmaking van de nominale premie door zorgverzekeraars uiterlijk 12 november 2022. Het is daarom belangrijk dat snel duidelijkheid wordt geboden aan alle betrokkenen over het eigen risico in 2023, 2024 en 2025. Bij tijdige totstandkoming is er voldoende tijd voor alle betrokkenen zich hierop voor te bereiden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers