

Vergaderjaar 2017–2018

34 929

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

Inhoud en aanleiding wetvoorstel

Om in deze kabinetsperiode de kosten die voor rekening komen van mensen met relatief veel zorg te beperken, wordt het maximale bedrag van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering met dit wetsvoorstel gefixeerd op € 385 per jaar.

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. Eigen betalingen voor zorg en ondersteuning kunnen zich opstapelen voor degenen met veel zorg, waardoor hun rekening sterk kan oplopen. In het Regeerakkoord 2017–2021 «Vertrouwen in de toekomst» (hierna: regeerakkoord) hebben de fracties van de partijen VVD, CDA, D66 en ChristenUnie daarom een pakket aan maatregelen aangekondigd om de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning te verminderen¹. In elk domein worden de eigen betalingen beperkt, zodat ook de last van de totale stapeling wordt verlaagd. Op die manier borgt het kabinet dat de zorgkosten die voor eigen rekening komen betaalbaar blijven voor mensen die (binnen het gezin) 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 immers niet toe leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. Het pakket bevat maatregelen gericht op de eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015). De brief van 17 november 2017² bevat een overzicht van deze voorgenomen maatregelen.

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2017/18, 34 700, nr. 34, blz. 16.

² Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 199.

De afgelopen jaren, met uitzondering van 2018, is de hoogte van het verplicht eigen risico geïndexeerd met de stijging van de zorguitgaven voor de Zvw. Met dit wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico van de zorgverzekering in de periode 2019 tot en met 2021 gefixeerd op het bedrag van € 385 per jaar per verzekerde van 18 jaar of ouder. Dit in aansluiting op de wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (Stb. 2017, 356), waarin is geregeld dat het bedrag van het verplicht eigen risico in 2018 gelijk is aan dat in 2017, namelijk € 385. Met die wet is uitvoering gegeven aan de motie van het lid Keijzer c.s.³. Het regeerakkoord was op dat moment nog niet afgerond.

Naar schatting maakt 47% van de verzekerden het verplicht eigen risico van de zorgverzekering vol. Bij die mensen kan het fixeren van het verplicht eigen risico dus voordelig uitpakken. Tezamen met de maatregelen met betrekking tot de bijdragen in het kader van de Wlz en de Wmo-2015 wordt een gerichte vermindering van stapeling van eigen betalingen gerealiseerd, omdat 77% van de mensen die een eigen bijdrage betaalt voor de Wlz of de Wmo 2015 ook het eigen risico geheel volmaakt (68% van de mensen met een eigen bijdrage voor de Wlz en 82% van de mensen met een eigen bijdrage voor de Wmo 2015).

Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

Wanneer het verplicht eigen risico voor de jaren 2019 tot en met 2021 niet gefixeerd zou worden en er geen maatregelen genomen zouden worden om de uitgavengroei voor de Zvw te beperken, zou het verplicht eigen risico in die jaren fors zijn gestegen. De verwachting is tot € 460 per volwassen verzekerde in 2021. Door maatregelen in het regeerakkoord die de uitgavengroei voor de Zvw beperken, zou de stijging van het verplicht eigen risico beperkt blijven tot € 445 in 2021. Door het onderhavige wetsvoorstel daalt het verplicht eigen risico nog verder met € 60 naar een bedrag van € 385 in 2021.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de inkomenseffecten per verzekerde. Hierbij wordt uitgegaan van de situatie aan het einde van de looptijd van deze wet (2021). Hieruit blijkt dat de maatregel een gunstig effect heeft voor verzekerden met dermate hoge zorgkosten dat zij een verplicht eigen risico van € 445 zouden volmaken. Verzekerden die het verplicht eigen risico van € 385 niet volmaken, gaan er in gelijke mate op achteruit. Daar staat tegenover dat zij minder aan zorg betalen dan degenen die het eigen risico volmaken:

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 60	- € 34	+ € 5	+ € 31
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 60	- € 34	+ € 0	+ € 26
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 0	- € 34	+ € 5	- € 29
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 0	- € 34	+ € 0	- € 34

³ Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 866.

De kosten van zorg die niet uit het verplicht eigen risico betaald worden, dienen op een andere wijze te worden gedekt. Bovendien zullen de totale kosten stijgen omdat de fixering van het verplicht eigen risico naar verwachting zal leiden tot een extra zorggebruik ten laste van de zorgverzekering ten opzichte van de situatie waarin het eigen risico zou meestijgen met de totale uitgaven voor Zvw-zorg. De financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is dan kleiner⁴. De stijging van de totale kosten wordt gedekt uit zowel de nominale premie als de inkomensafhankelijke bijdrage. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een lager verplicht eigen risico (minus € 60) staat een hogere nominale premie (plus € 34). In artikel 45, vierde lid, van de Zvw is namelijk bepaald dat de inkomensafhankelijke bijdragen de helft bedragen van bepaalde inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds en de zorgverzekeraars. Tot die inkomsten behoren onder meer de nominale premie en het eigen risico. Als het verplicht eigen risico gefixeerd wordt, zal de stijging van de inkomsten die nodig is voor de toename van de uitgaven dus opgevangen moeten worden door hogere premies. De lagere inkomsten als gevolg van de fixering van het verplicht eigen risico kunnen niet worden gecompenseerd met de andere inkomsten, zoals de inkomensafhankelijke bijdragen of de rijksbijdragen voor verzekerden tot 18 jaar. Met de inkomensafhankelijke bijdrage wordt overigens ook de helft van de kosten van het extra zorggebruik als gevolg van deze fixering van het verplicht eigen risico opgebracht. Dit leidt tot een stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage in 2021 met 0,02 procentpunt. 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 vermeerderd met het gemiddeld gebruikte eigen risico. Als gevolg van de fixering van het verplicht eigen risico zal de zorgtoeslag met circa € 5 stijgen.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de inkomenseffecten gedurende de looptijd van deze wet:

Effecten per verzekerde per jaar	2019	2020	2021
Daling verplicht eigen risico	+ € 30	+ € 45	+ € 60
Stijging nominale premie	- € 17	- € 25	- € 34
Stijging zorgtoeslag	+ € 3	+ € 4	+ € 5

De weergegeven inkomenseffecten betreffen alleen de fixering 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, waaronder de gevolgen van dit wetsvoorstel. De effecten van deze aanpassingen worden jaarlijks meegewogen in de besluitvorming over het koopkrachtbeeld in aanloop naar Prinsjesdag. Uiteindelijk stellen zorgverzekeraars de definitieve premie vast in november.

De fixering 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

⁴ Zie: Zorgkeuzes in Kaart, technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties (blz. 55 en 56), <https://www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-boek-15-zorgkeuzes-kaart-technische-uitwerking-van-alle-afzonderlijke-beleidsopties.pdf> en Startnotities Keuzes in Kaart 2018–2021 (blz. 10), <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Notitie-3okt2016-Startnotitie-KIK-2018-2021-aanvullende-informatie.pdf>

sturingsinstrument in te zetten en een vrijwillig eigen risico (van maximaal € 500) aan te bieden.

Financiële gevolgen

In onderstaande tabel staan de budgettaire effecten van de fixering 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 2022. 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.

Budgettaire effecten in € mln	2019	2020	2021	Structureel
Derving opbrengsten eigen risico	203	306	411	413
Extra zorguitgaven	80	105	130	125
Compensatie via zorgtoeslag	14	19	23	22
Totaal	297	430	565	560

Ook in de memorie van toelichting bij de wet om het verplicht eigen risico in 2018 gelijk te houden aan 2017 werden de budgettaire effecten van het fixeren van het verplicht eigen risico voor de jaren 2019 tot en met 2021 genoemd. Er werd rekening gehouden met € 0,6 miljard aan derving van opbrengsten van het verplicht eigen risico en met € 0,2 miljard extra uitgaven wegens extra zorggebruik. De bovengeschetste effecten wijken daarvan af. Dit is het gevolg van andere maatregelen die van belang zijn voor het Budgettair Kader Zorg (BKZ), bijvoorbeeld op het gebied van de genees- en hulpmiddelen en als uitvloeisel van de hoofdlijnenakkoorden voor deze kabinetsperiode. Deze maatregelen zouden op zichzelf al leiden tot een lagere indexatie van het verplicht eigen risico, namelijk met een bedrag van € 15 in 2021. Dit effect is apart van dit wetsvoorstel opgenomen in het regeerakkoord (Tabel 2, onderdeel H, van de bijlage). Dit wetsvoorstel zorgt daarbovenop nog voor een verlaging van het eigen risico met € 60 ten opzichte van de raming.

Dit wetsvoorstel vergroot de groei van de zorguitgaven op korte termijn. Hiertegenover staan in het regeerakkoord diverse maatregelen om de houdbaarheid van de zorguitgaven te bevorderen, zoals de maatregelen bij genees- en hulpmiddelen en de hoofdlijnenakkoorden 2019–2022. Met de hiervoor bedoelde maatregelen ter beperking van de groei van de Zvw-kosten beoogt het kabinet dat de houdbaarheid van de zorgkosten op langere termijn in stand blijft.

Consultatie

Zorgverzekeraars Nederland en de Patiëntenfederatie Nederland zijn geconsulteerd over het voornemen het verplicht eigen risico op € 385 te fixeren voor de jaren 2019 tot en met 2021.

Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat zorgverzekeraars geen significante uitvoeringsconsequenties zien als gevolg van deze maatregel. Het betreft immers uitsluitend het gelijk houden van het bedrag van het verplicht eigen risico en geen systeemwijziging.

De Patiëntenfederatie Nederland is van mening dat het voornemen om het verplicht eigen risico gedurende de gehele kabinetsperiode tot en met 2021 niet te verhogen en op € 385 te handhaven, niet ver genoeg gaat. De Patiëntenfederatie vindt dat het verplicht eigen risico te hoog is en dat het niet op hetzelfde bedrag gehandhaafd moet blijven, maar verlaagd moet worden. Met een verlaging van het verplicht eigen risico zouden patiënten

die veel Zvw-zorg nodig hebben, volgens haar echt worden ontzien en de solidariteit tussen «gezond» en «ziek» worden vergroot. Het kabinet is echter van mening dat met het fixeren van het verplicht eigen risico het verzekerde pakket van de Zvw voor iedereen betaalbaar blijft. Tevens wordt daarmee een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van de verzekerde zelf kan worden gevraagd en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd kan worden.

Gevolgen voor de regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat het maximum bedrag van het verplicht eigen risico tot en met 2021 gelijk blijft. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt niet gewijzigd. Het wetsvoorstel heeft dan ook geen gevolgen voor de administratieve lasten voor burgers of zorgverzekeraars. Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) kan zich verenigen met deze weergave van de gevolgen voor de regeldruk.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Op basis van het zevende lid blijft de indexering van het bedrag van het verplicht eigen risico in de jaren 2019 tot en met 2021 achterwege. Als gevolg van de wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (Stb. 2017, 356) heeft in 2018 geen indexering plaatsgevonden. Een en ander betekent dat, zoals aangekondigd in het regeerakkoord⁵ het verplicht eigen risico tot en met 2021 gefixeerd wordt op € 385 per verzekerde per jaar. Voor het jaar 2022 zal dit bedrag weer worden geïndexeerd aan de hand van het verschil tussen de geraamde uitgaven voor zorg in 2022 ten opzichte van 2021, mits het geïndexeerde bedrag een veelvoud van € 5 afwijkt van € 385.

Zowel het tweede, als het derde lid van artikel 19 van de Zvw worden 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.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt een wetgevingstechnische verbetering aan te brengen. Rekeningen voor kosten van zorg worden slechts op het verplicht eigen risico in mindering gebracht, wanneer ze vóór een uiterste datum in het daaropvolgende jaar door de zorgverzekeraar zijn ontvangen. Deze datum is in artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) gesteld op 31 december. Daarbij is bepaald dat de zorgverzekeraar rekeningen die door toedoen van de verzekerde te laat zijn binnengekomen, wel ten laste van het verplicht eigen risico mag brengen. Hierdoor wordt voorkomen dat verzekerden hun rekeningen na de uiterste datum indienen, zodat daarvoor geen verplicht eigen risico betaald hoeft te worden. Strikt genomen, wijkt deze vanzelfsprekende

⁵ Kamerstukken II 2017/18, 34 700 nr. 34, blz. 16

uitzondering af van artikel 19, vierde lid, van de Zvw. Daarom wordt dit nu bij wet geregeld door een vijfde lid in te voegen die gelijklopend is aan artikel 2.17, vierde lid, van het Bzv, dat dan overbodig is geworden en geschrapt zal worden.

Onderdeel B

In verband met het ingevoegde vijfde lid in artikel 19 is de verwijzing in artikel 124 aangepast. Tegelijk is een tekstuele correctie aangebracht door een komma in te voegen na de verwijzing naar artikel 18aa, eerste lid.

Artikelen II en III

De wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (Stb. 2017, 356) en artikel 19, zevende lid, van de Zorgverzekeringswet zijn op 1 januari 2019 respectievelijk 1 januari 2022 uitgewerkt. Zij komen met ingang van die data te vervallen.

Artikel IV

Om de indexering van het bedrag van het verplicht eigen risico per 2019 achterwege te laten, dient deze wet met ingang van 1 januari 2019 in werking te treden.

Het is van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel uiterlijk in september 2018 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 2018 en de bekendmaking van de nominale premie door zorgverzekeraars voor 12 november 2018.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins