

Vergaderjaar 2020–2021

35 905

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. Algemeen

1. Inhoud en aanleiding wetvoorstel

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. In het Regeerakkoord 2017–2021 «Vertrouwen in de toekomst» hadden 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 verminderen.¹ Eén van deze maatregelen betrof het bevriezen van het eigen risico tot en met 2021. Zonder voorliggend wetsvoorstel herleeft de indexering van het verplicht eigen risico per 2022 weer. In artikel 19 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is namelijk vastgelegd dat (en hoe) 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.

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.² In dit debat heeft de indiener van deze motie aangegeven dat het eigen risico meestijgt op basis van de zorgkosten en uitgesproken dat dit zou kunnen betekenen dat het komende jaar het eigen risico verder stijgt. Om deze reden vond de indiener van de motie dat het wenselijk zou zijn in 2022 het eigen risico te bevriezen.

De motie verzoekt de regering om met een wetsvoorstel te komen om het verplicht eigen risico voor 2022 te bevriezen op € 385. De Tweede Kamer heeft de motie op 29 juni 2021 met algemene stemmen aangenomen. Met onderhavig wetsvoorstel wordt gehoor gegeven aan de motie.

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2017/18, 34 700 nr. 34, p16.

² Kamerstukken II 2020/21, 25 295, nr. 1307

De afgelopen kabinetsperiode is beleid gevoerd om de stapeling van zorgkosten te beperken voor mensen die veel zorg nodig hebben. Voor verschillende vormen van zorg in de Zvw, Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 zijn afgelopen jaren de eigen betalingen beperkt, zodat ook de last van de totale stapeling is verlaagd. Op die manier is geborgd 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 immers niet toe leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. Met dit wetsvoorstel wordt het beleid om het eigen risico niet te laten stijgen een jaar voortgezet, in afwachting van een nieuw kabinet.

Met dit wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico van de zorgverzekering in 2022 gefixeerd op het bedrag van € 385 per jaar per verzekerde van 18 jaar of ouder.

2. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

Wanneer het verplicht eigen risico in 2022 niet gefixeerd zou worden, zou het verplicht eigen risico op basis van de huidige ramingen per 2022 stijgen met € 10 naar € 395. Het doel van dit wetsvoorstel is om op korte termijn tegemoet te komen aan de breed gedeelde politieke wens om te voorkomen dat mensen die het verplicht eigen risico volmaken volgend jaar te maken krijgen met hogere eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Een volgend kabinet kan vervolgens een besluit nemen over het eigen risico voor de jaren 2023 en later. Daar wordt met dit wetsvoorstel niet op vooruitgelopen.

Het fixeren van het eigen risico leidt tot minder opbrengsten uit het eigen risico voor zorgverzekeraars dan zonder dit wetsvoorstel het geval zou zijn. Zij zullen daardoor de nominale premie voor 2022 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 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 belastingen. 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 fixering 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 eigen risico (ten opzichte van de stijging die zonder dit wetsvoorstel zou optreden) naar verwachting tot iets meer zorggebruik. De financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is namelijk iets kleiner in vergelijking met de situatie dat het 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 eigen risico genoemd. De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn vorig jaar 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 wijzigt vanwege de regels voor afronding van het bijdragepercentage waarschijnlijk niet als gevolg van dit wetsvoorstel, omdat het om geringe bedragen gaat. Het percentage wordt bekend gemaakt met Prinsjesdag.

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 (+ € 7) vermeerderd met het gemiddeld gebruikte eigen risico (– € 5). Als gevolg van de fixering van het verplicht eigen risico zal de zorgtoeslag met circa € 3 stijgen.⁴

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de inkomenseffecten per verzekerde in 2022 (een + betekent dat iemand erop vooruitgaat). Hieruit blijkt dat de maatregel een gunstig effect heeft voor verzekerden met dermate hoge zorgkosten dat zij een verplicht eigen risico van € 395 (bijna) volledig zouden volmaken. Naar schatting maakt 48% van de verzekerden het verplicht eigen risico van de zorgverzekering vol. Voor hen kan het fixeren van het verplicht eigen risico dus voordelig uitpakken. Verzekerden die het verplicht eigen risico van € 385 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 dus in beperkte mate versterkt.

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect ¹
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 10	– € 7	+ € 3	+ € 5
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 10	– € 7	+ € 0	+ € 3
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 0	– € 7	+ € 3	– € 5
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 0	– € 7	+ € 0	– € 7

¹ Door afrondingsverschillen tellen de bedragen niet overal precies op.

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.

³ Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, Den Haag en Remmerswaal en Boone (2020), *Eigen betalingen in Zorgkeuzes in Kaart 2020* (cpb.nl) , *Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*, CPB-achtergronddocument,

⁴ Verschil door afronding

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

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 verzekeren voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten en de financiële middelen om tot financieel maatwerk te komen. In combinatie met de maatregelen die de afgelopen kabinetsperiode zijn genomen om de stapeling van zorgkosten te beperken, kunnen mensen die anders moeite zouden hebben om hun zorgkosten te betalen met bovengenoemde instrumenten gericht worden ondersteund.

3. Financiële gevolgen

In onderstaande tabel staan de structurele budgettaire effecten relevant voor het uitgavenkader (Uitgavenplafond Zorg) van de fixering van het verplicht eigen risico in miljoenen euro's. Het uitschakelen van de indexering voor één jaar zorgt er voor dat de hoogte van het eigen risico zich structureel op een lager groeipad bevindt. De budgettaire effecten worden verwerkt in de Ontwerpbegroting van VWS voor 2022. Daarnaast heeft de bevrozing van het eigen risico een effect op de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag. De effecten voor het lastenkader worden meegenomen in de koopkrachtbesluitvorming.

Structurele budgettaire effecten in € mln.

Derving opbrengsten eigen risico	70
Extra zorguitgaven	80
Totaal uitgavenkader (Uitgavenplafond Zorg)	150

Uit bovenstaande blijkt dat de budgettaire effecten van de maatregel aanzienlijk zijn en hoewel het een tijdelijke maatregel is, structureel doorwerken. De afgelopen kabinetsperiode zijn diverse maatregelen genomen om de groei van de collectief gefinancierde zorguitgaven te verminderen, zoals het sluiten van hoofdlijnenakkoorden en diverse maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen. Omdat het politiek breed gedeeld wordt dat voorkomen moet worden dat het verplicht eigen risico verder stijgt, is besloten om geen ombuiging door te voeren tegenover deze uitgavenverhoging door de bevrozing van het eigen risico in 2022. Het volgende kabinet kan vervolgens een standpunt innemen over wat er in 2023 en verder met het eigen risico dient te gebeuren.

4. Consultatie

Over dit wetsvoorstel heeft vanwege de korte tijd tussen het moment van besluitvorming en de beoogde afronding van de parlementaire behandeling geen (internet)consultatie plaats gevonden. Het wetsvoorstel komt tegemoet aan een door de Tweede Kamer aangenomen motie. Wel zijn de

betrokken partijen (Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Patiëntenfederatie Nederland) over dit wetsvoorstel geïnformeerd. ZN heeft wel – na berichtgeving over het eigen risico in de media – laten weten dat het voor verzekeraars van belang is om tijdig te weten of de bevroering van het eigen risico wordt verlengd. Bij het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico van 2019 tot en met 2021 werd bevroren heeft ZN aangegeven dat zorgverzekeraars geen significante uitvoeringsconsequenties zagen 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.

5. Gevolgen voor de regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat het verplicht eigen risico in 2022 gelijk blijft. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt 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 – behoudens de gebruikelijke eenmalige kennisnemingskosten – geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

II. Artikelsgewijs

Artikel I

Op basis van het zevende lid blijft de indexering van het bedrag van het verplicht eigen risico achterwege in het jaar 2022, net zoals dat in de jaren 2018 tot en met 2021 het geval was. Dit betekent dat het verplicht eigen risico voor het jaar 2022 gehandhaafd blijft op € 385 per verzekerde per jaar.

Ook voor het jaar 2022 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.

Artikelen II

In artikel III van de wet van 26 september 2018 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021 (Stb. 2018, 337) wordt geregeld dat artikel 19, zevende lid, van de Zorgverzekeringswet met ingang van 1 januari 2022 vervalt. Met de voorgestelde wijziging wordt deze bepaling, die uitsluitend was opgenomen om een uitgewerkt artikel te laten vervallen en geen materiële betekenis had, ongedaan gemaakt. Hiermee wordt voorkomen dat voorliggend wetsvoorstel ook per 1 januari 2022 zou vervallen, wat uiteraard niet de bedoeling is. Het opnemen van een nieuwe vervaldatum is niet noodzakelijk omdat het artikellid na 2022 ingevolge dit wetsvoorstel materieel geen betekenis meer heeft.

Artikel III

Om de indexering van het bedrag van het verplicht eigen risico per 2022 achterwege te laten, dient deze wet uiterlijk met ingang van 1 januari 2022 in werking te treden. Omdat de in artikel II genoemde bepaling artikel 19, zevende lid, met ingang van 1 januari 2022 laat vervallen, is er voor gekozen dit wetsvoorstel de dag na de datum van publicatie in het Staatsblad in werking te laten treden. Hiermee wordt bereikt dat tijdig kan worden geregeld dat het zevende lid van artikel 19 niet vervalt en wordt zo snel mogelijk duidelijkheid geboden aan alle betrokkenen over het eigen risico in 2022. Hiermee wordt afgeweken van het kabinetsbeleid inzake vaste verandermomenten. Snelle inwerkingtreding is voor alle betrokkenen van belang, om te weten hoe de premies voor 2022 moeten worden berekend en om te voorkomen dat het eigen risico in 2022 stijgt. Het is van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel uiterlijk in september 2021 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 2021 en de bekendmaking van de nominale premie door zorgverzekeraars in november 2021. Omdat het wetsvoorstel pas materieel met ingang van 1 januari 2022 effect heeft, is er bij tijdige totstandkoming voldoende tijd voor alle betrokkenen zich hierop voor te bereiden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis