

Vergaderjaar 2021–2022

36 135

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

Nr. 4

ADVIES AFDELING ADVISERING RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT¹

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State d.d. 1 juni 2022 en het nader rapport d.d. 10 juni 2022, aangeboden aan de Koning door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 16 mei 2022, no. 2022001032, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 1 juni 2022, no. W13.22.0079/III, bied ik U hierbij aan.

Naar aanleiding van het advies, dat hieronder cursief is opgenomen, ga ik hieronder in op het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: de Afdeling).

Bij Kabinetsmissive van 16 mei 2022, no. 2022001032, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering, met memorie van toelichting.

Het wetsvoorstel strekt tot bevestiging van het eigen risico voor de zorgverzekering tot en met 2025.

De Afdeling advisering van de Raad van State maakt een opmerking over de motivering van het wetsvoorstel. In verband daarmee is aanpassing wenselijk van de toelichting, en zo nodig van het wetsvoorstel.

¹ De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Afdeling advisering van de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

1. Achtergrond

Het eigen risico is bevroren sinds 2018.² Het wetsvoorstel verlengt deze bevroering met drie jaren, tot en met 2025. Volgens de toelichting is de aanleiding hiervoor het in het coalitieakkoord aangekondigde beleid om het eigen risico slimmer en betaalbaarder te maken³. Onderdeel daarvan is een regeling waarbij mensen niet in één keer het gehele eigen risico hoeven te betalen, maar per behandeling kunnen betalen tot een maximum van € 385. Volgens de toelichting wordt momenteel gewerkt aan structureel beleid om deze regeling te verwezenlijken⁴. Beoogd wordt om deze in te laten gaan per 2025.

Tot die tijd is het volgens de toelichting aangewezen om het eigen risico te bevroeren. Er zou namelijk moeten worden voorkomen dat het eigen risico en de zorgkosten voor mensen die zorg ontvangen stijgen in de jaren voorafgaand aan de gewijzigde vormgeving van het eigen risico⁵. Volgens de toelichting is dit passend, ervan uitgaande dat de hoogte van het eigen risico een afweging is tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid. In deze afweging prevaleert volgens de toelichting 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 mensen.

2. Motivering

De Afdeling begrijpt dat de regering in afwachting van de aangekondigde modernisering van het eigen risico geen grote systeemwijzigingen wenst door te voeren.

De Afdeling wijst er echter ook op dat het kabinet tegelijkertijd de ambitie heeft om de groei van de zorgkosten af te remmen, met het oog op houdbare overheidsfinanciën op de langere termijn⁶. Het eigen risico is in dit kader een instrument, gelet op het ook in de toelichting beschreven «remgeldeffect»⁷. Dit remgeldeffect wordt steeds kleiner, naarmate het eigen risico langduriger wordt bevroren. De bevroering van het eigen risico maakt de opgave om de groei van de zorgkosten af te remmen uiteindelijk groter: volgens de toelichting zal deze maatregel leiden tot € 677 miljoen aan extra uitgaven tot en met 2025, en € 679 miljoen aan structurele kosten vanaf 2026⁸.

Daarbij komt dat het instrument van het eigen risico ongericht is. Hoewel de Afdeling begrijpt dat de regering wenst te voorkomen dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg en ondersteuning, wijst zij erop dat het eigen risico vooral problematisch is bij (vooral chronisch zieke) mensen met een laag inkomen of middeninkomen. Het gaat dus om een specifieke groep burgers. Door het eigen risico te bevroeren wordt het remgeldeffect niet alleen voor deze groep beperkt, maar ook voor alle andere verzekerden. Volgens de Afdeling ligt het dan ook meer in de rede om de problemen van deze specifieke groep met een laag inkomen of

² Zie voor de eerdere adviezen van de Afdeling advisering over de bevroering van het eigen risico: Kamerstukken II 2017/18, 34 792, nr. 4 (bevroering 2018); Kamerstukken II 2017/18, 34 929, nr. 4 (bevroering 2019 – 2021) en Kamerstukken II 2020/21, 35 905, nr. 4 (bevroering 2022).

³ Memorie van toelichting, paragraaf 1 en Coalitieakkoord 2021–2025, «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst», p. 36.

⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

⁵ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

⁶ Zie het Coalitieakkoord 2021–2025, «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst», p. 45 e.v.

⁷ Memorie van toelichting, paragraaf 2.

⁸ Memorie van toelichting, paragraaf 3.

middeninkomen en een grote zorgbehoefte te ondervangen door middel van een meer gerichte (al dan niet inkomenspolitieke) maatregel waaraan dit nadeel niet kleeft.

Dit roept de vraag op of het inderdaad wenselijk en aangewezen is om een specifieke groep burgers financiële ondersteuning te bieden via bevrozing van het eigen risico. Dit bemoeilijkt de opgave om de zorgkosten beheersbaar te houden.

De Afdeling adviseert om in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan, en zo nodig het wetsvoorstel aan te passen.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal opmerkingen bij het voorstel en adviseert daarmee rekening te houden voordat het voorstel bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt ingediend.

*De vice-president van de Raad van State,
Th.C. de Graaf*

Hieronder wordt ingegaan op aspecten die de Afdeling noemt.

Ten eerste wijst de Afdeling erop dat het kabinet de ambitie heeft de om de groei van de zorgkosten af te remmen, met het oog op houdbare overheidsfinanciën op de langere termijn. Het eigen risico is in dit kader een instrument, gelet op het ook in de toelichting beschreven «remgeld-effect». Dit remgeldeffect wordt steeds kleiner, naarmate het eigen risico langduriger wordt bevroren. De bevrozing van het eigen risico maakt de opgave om de groei van de zorgkosten af te remmen uiteindelijk groter, aldus de Afdeling.

Voor de meeste mensen is zorg alleen betaalbaar doordat we in Nederland een systeem hebben waarbij we met elkaar in hoge mate risico- en inkomenssolidair zijn. Voor deze solidariteit bestaat een groot draagvlak. Uit de tweejaarlijks door onderzoeksinstituut Nivel afgenomen Solidariteitsmonitor blijkt dat de bereidheid om te betalen voor behandelingen die mensen zelf niet nodig hebben, in Nederland hoog is⁹. In 2021 geeft 78% van de ondervraagden aan hiertoe bereid te zijn. Sinds het begin van de monitor in 2013 is er geen duidelijke trend omhoog of omlaag¹⁰. Deze solidariteit blijft hoog, mede omdat we van mensen die (veel) gebruik maken van de zorg verlangen dat zij zelf extra meebetalen via eigen betalingen. Ook het verplicht eigen risico draagt daardoor bij aan de houdbaarheid van ons stelsel. Tegelijk vindt het kabinet 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. Daarbij is ook van belang dat er mensen zijn die zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen ontvangen en daardoor met meerdere eigen betalingen worden geconfronteerd. Om een dergelijke stapeling van zorgkosten te beperken, stelt het kabinet voor om het eigen risico ook voor de jaren 2023 tot en met 2025 op € 385 per jaar te houden. Ook zal het kabinet de bijbetalingen voor geneesmiddelen in de jaren 2023 en 2024 blijven maximeren op € 250 per jaar.

⁹ 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.

¹⁰ WRR-rapport Kiezen voor houdbare zorg Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, 2021, p. 117.

De Afdeling wijst er terecht op dat het bevriezen van het verplicht eigen risico niet alleen zorgt voor minder opbrengsten uit het verplicht eigen risico, maar dat dit tevens extra zorgkosten met zich meebrengt door het deels verminderen van het verwachte remgeldeffect. Het uitschakelen van de indexerings voor enkele jaren zorgt er namelijk voor dat de hoogte van het eigen risico zich structureel op een lager groeipad bevindt. Doordat het eigen risico sinds 2018 niet meer met de stijging van de zorguitgaven is doorgegroeid, zijn de collectieve zorguitgaven naar verwachting hoger dan zonder de bevriezing 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 ook met dit verminderde remgeldeffect dat de voorgestelde bevriezing van het eigen risico in de komende jaren nog past binnen een juiste afweging tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. 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.

Uiteraard wil dit niet zeggen dat het kabinet geen maatregelen neemt om de stijgende zorgkosten tegen te gaan. Zo lopen er momenteel onderhandelingen over het afsluiten van een Integraal Zorgakkoord voor de curatieve zorg waarbij een ombuiging van € 1,3 miljard in 2026 moet worden gerealiseerd.¹¹ Ook wordt de grip op stijgende zorgkosten van dure genees- en hulpmiddelen vergroot door meer in te zetten op prijsonderhandelingen bij dure geneesmiddelen en doelmatige inkoop van medische technologie.¹² Bovendien wordt, in lijn met het coalitieakkoord, ook een maatregel doorgevoerd waarmee de systematiek van het eigen risico zo wordt vormgegeven dat mensen per behandeling in de medisch specialistische zorg een vast bedrag betalen. Doordat verzekerden hiermee niet in één keer het gehele verplichte eigen risico hoeven te betalen, verwacht het CPB dat het remgeldeffect wordt versterkt.¹³ Tegelijk wordt hiermee voorkomen dat mensen worden afgeschrikt om zorg te ontvangen omdat zij daarbij meteen het volledig verplicht eigen risico te moeten betalen. Ik heb aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal toegezegd in het najaar de hoofdlijnen te schetsen van de verdere uitwerking van dit «slimmere» eigen risico.¹⁴

Naar aanleiding van bovenstaande, is paragraaf drie van de memorie van toelichting aangevuld.

Ten tweede merkt de Afdeling op dat het instrument van het eigen risico ongericht is. De Afdeling wijst erop dat het eigen risico vooral problematisch is bij (vooral chronisch zieke) mensen met een laag inkomen of middeninkomen. Het gaat dus om een specifieke groep burgers. Door het eigen risico te bevriezen wordt het remgeldeffect niet alleen voor deze groep beperkt, maar ook voor alle andere verzekerden. Volgens de Afdeling ligt het dan ook meer in de rede om de problemen van deze specifieke groep met een laag inkomen of middeninkomen en een grote zorgbehoefte te ondervangen door middel van een meer gerichte (al dan niet inkomenspolitieke) maatregel waaraan dit nadeel niet kleeft. Bovenstaande roept de vraag op bij de Afdeling of het inderdaad

¹¹ Brief van 10 mei over de Voortgang van het Integraal Zorgakkoord met kenmerk 3362663–1028664-PZO.

¹² Kamerstukken II 2021/22, 35 925-XVI nr. 170.

¹³ CPB, Ministerie van VWS, Ministerie van Financiën (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, p.225–229, en <https://open.overheid.nl/repository/ronl-838b6d3a-15e0-48c7-9808-31d5ba9a1e32/1/pdf/budgettaire-bijlage-coalitieakkoord-15-december-2021.pdf>, p. 5.

¹⁴ Kamerstukken II 2021/22, 35 925-XVI nr. 170.

wenselijk en aangewezen is om een specifieke groep burgers financiële ondersteuning te bieden via bevrozing van het eigen risico. Dit bemoeilijkt de opgave om de zorgkosten beheersbaar te houden.

Het verplicht eigen risico dat geldt voor de verzekerde zorg vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet is op zichzelf niet inkomensafhankelijk, maar enkel afhankelijk van het zorggebruik. Indien verzekerden een relatief laag inkomen hebben kunnen zij aanspraak maken op zorgtoeslag dat niet alleen deels een compensatie biedt voor de nominale premie die aan de zorgverzekeraar wordt betaald, maar tevens voor het gemiddelde verplicht eigen risico. Met de zorgtoeslag wordt het verplicht eigen risico, in lijn met de suggestie van de Afdeling, dus al betaalbaarder gemaakt voor de lagere inkomens. Bovendien zorgen ook bestaande maatregelen voor toegankelijke en betaalbare zorg, zoals de uitzondering van huisartsenzorg op het eigen risico en de fiscale aftrek voor «specifieke zorgkosten». Gemeenten hebben ook financiële middelen om maatwerk te bieden voor burgers, zoals het bieden van een financiële tegemoetkoming aan mensen die vanwege een ziekte of een beperking aannemelijke meerkosten hebben. Ook hebben zij de mogelijkheid een gemeentepolis aan te bieden, individuele bijzondere bijstand te verlenen, of de eigen bijdrage voor de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 te verlagen. 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 kleine zorgbehoefte.

Het kabinet vindt het van groot belang dat zorg en ondersteuning financieel toegankelijk is en blijft voor iedereen. Daarbij wordt ingezet op het monitoren en het tegengaan van zorgkosten, waarbij wordt gewogen of de stapeling van zorgkosten niet onevenredig zwaar uitvalt voor bepaalde groepen gegeven de inkomens- en vermogenspositie. Momenteel ziet het kabinet nog geen aanleiding om inkomensafhankelijke maatregelen te nemen binnen de systematiek van de Zorgverzekeringswet, bovenop de reeds bestaande instrumenten om mensen met lage inkomens te ondersteunen en de meer generieke maatregelen van het eigen risico en het maximeren van de GVS-bijbetalingen. Naar aanleiding van deze opmerking is de laatste alinea van paragraaf twee in de memorie van toelichting aangevuld.

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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