

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

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de vragen van de leden van de fracties van VVD, D66, CDA en SP in het verslag over de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor de jaren 2023 tot en met 2025. Ik spreek graag mijn waardering uit voor uw voortvarende behandeling van dit wetsvoorstel. Graag ga ik hieronder in op uw vragen. Daarbij wordt de volgorde van het verslag aangehouden. De antwoorden op de vragen van de leden zijn cursief weergegeven.

I. ALGEMEEN

De leden van de **VVD-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering (hierna: het wetsvoorstel) en danken de regering voor haar toelichting op het voorstel.

De leden van de **D66-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met instemming kennisgenomen van het wetsvoorstel. Deze leden steunen het voorstel voor de bevrozing van de hoogte van het verplicht eigen risico voor de komende jaren. Deze leden hebben hier nog wel een enkele vraag bij.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel om het verplicht eigen risico de komende jaren te bevroren. Zij zijn er positief over dat het eigen risico daardoor in ieder geval niet verder stijgt. Wel blijven zij van mening dat het eigen risico een onrechtvaardige boete is op ziek zijn, die zo snel mogelijk moet worden afgeschaft.

1. Inhoud en aanleiding wetsvoorstel

De leden van de **VVD-fractie** zijn voorstander van het voorstel om mensen het gehele verplichte eigen risico niet in één keer te laten betalen maar per behandeling. Tot die tijd staan zij achter het voorstel om het verplicht eigen risico te bevroren. De leden van de VVD-fractie hebben daarbij wel enkele vragen. De regering noemt het in het coalitieakkoord opgenomen punt om de stapeling van eigen bijdragen te monitoren en tegen te gaan. Genoemde leden van zijn benieuwd naar de stand van zaken op dit punt en wanneer zij de eerste monitor verwachten kunnen.

Momenteel wordt geïnventariseerd op welke wijze de monitor kan worden vormgegeven. In het najaar informeer ik u over de vormgeving van de monitor en over wanneer de eerste monitor verwacht wordt.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de regering een afweging maakt tussen solidariteit, doelmatigheid, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Betaalbaarheid van zorgkosten voor mensen die overwegend veel zorg verbruiken prevaleert hierbij. Kan de regering deze afweging nader toelichten?

Ons stelsel van zorgverzekeringen kenmerkt zich door een hoge mate van solidariteit. Iedereen heeft recht op de zorg in het basispakket en de premie voor polissen is niet afhankelijk van de gezondheidsrisico's van mensen. Juist ook om het draagvlak in het stelsel te behouden is het gebruik van eigen betalingen gewenst. Niet alles hoeft door het collectief te worden betaald, maar een deel van de rekening kan bij de gebruiker van de zorg worden gelegd. Dat heeft als voordeel dat de zorgpremie lager blijft. Het eigen risico maakt mensen ook bewust van de kosten van zorg

en heeft een bepaalde mate van remmend effect op de zorgkosten. Hiermee wordt dan ook een doelmatigheidswinst behaald. Eigen betalingen moeten echter wel betaalbaar blijven voor mensen, zeker als zorgkosten zich opstapelen. De eigen betalingen in de zorg en ondersteuning mogen er niet toe leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. De regering behoudt dus belangrijke voordelen van het verplicht eigen risico: het is een instrument van medefinanciering, het maakt verzekerden kostenbewust en heeft een remmend effect op zorgkosten. Tegelijk vindt de regering dat een verdere stijging van het verplicht eigen risico in de komende jaren onwenselijk is. Het bevriezen van het verplicht eigen risico heeft met name een gunstig effect voor verzekerden die dermate hoge zorgkosten hebben dat zij het verplicht eigen risico zouden volmaken. Het wetsvoorstel versterkt dus in beperkte mate de risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Genoemde leden lezen dat het bevriezen van het verplicht eigen risico alsmede het vaststellen van een maximale eigen bijdrage van 250 euro bij het geneesmiddelenvergoedingssysteem, bijdragen aan het tegengaan van de stapeling van eigen bijdragen. Kan de regering verder toelichten welke andere middelen worden ingezet om stapeling van eigen bijdragen te tegen te gaan?

Naast de twee benoemde maatregelen zal ik de stapeling van eigen bijdragen gaan monitoren. De komende tijd zal ik bezien hoe een monitor van de stapeling van eigen bijdragen vorm kan krijgen. In het najaar informeer ik u over de vormgeving van de monitor. Indien uit de monitor blijkt dat bepaalde groepen onevenredig worden geraakt door eigen betalingen en daarbij aanvullende maatregelen gewenst zijn, zal ik u daar te zijner tijd over informeren.

De leden van de D66-fractie lezen dat de regering inzet om door middel van eigen bijdragen zorgkosten betaalbaar te houden, zonder dat mensen zorgmijdend worden. Kan de regering aangeven hoe dit evenwicht inzichtelijk wordt gemaakt? Met andere woorden, kan de regering toelichten of, en zo ja hoe, wordt gemonitord wanneer mensen en welke groepen mensen geen gebruik maken van (noodzakelijke) zorgverlening, met bijbehorende oorzaken zoals de eigen bijdragen? Kunnen deze inzichten worden gedeeld?

Jaarlijks meet het Nivel hoe patiënten de toegang tot de zorg ervaren, waarbij onder andere wordt onderzocht in welke mate patiënten afzien van zorg vanwege de kosten. Deze informatie is gebaseerd op een vragenlijst. De trend over de jaren heen laat zien dat het percentage mensen dat aangeeft te hebben afgezien van zorg vanwege kosten afgelopen jaren is afgenomen. In 2016 gaf 16% van de respondenten aan dat ze afzien van ten minste één vorm van zorg (bezoek aan een arts, van medisch onderzoek of behandeling en van medicijnen) vanwege de kosten. Dit percentage is de afgelopen jaren gedaald en ligt in 2021 op 8%. Voor zowel het bezoeken van een arts, van medisch onderzoek of behandeling als bij van medicijnen vanwege de kosten is er sprake van een dalende trend. Daarnaast neemt het kabinet, zoals eerder aangegeven, twee maatregelen gericht op het tegengaan van de stapeling van eigen betalingen, namelijk het bevriezen van het eigen risico en het maximeren van de eigen bijdrage bij het geneesmiddelenvergoedingensysteem. De komende tijd zal ik daarnaast bezien hoe een monitor van de stapeling van eigen bijdragen vorm kan krijgen. U wordt hierover in het najaar geïnformeerd.

Met voorliggend wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico tot en met 2025 bevroren op 385 euro. Daarmee zal het verplicht eigen risico in 2025 nominaal hetzelfde bedrag zijn als in 2016. De leden van de **CDA-fractie** vragen met welk percentage de reële waarde van het verplicht eigen risico in 2025 naar verwachting zal zijn gedaald ten opzichte van 2016.

Om de reële waarde van het verplicht eigen risico in 2025 te bepalen, is het bedrag in 2025 (€ 385) gedefleerd met de prijsstijging van het bruto binnenlands product (bbp). Het bbp stijgt in de meest recente raming van het CPB (Raming Centraal Economisch Plan, CEP) met circa 25% tussen 2016 en 2025. Met correctie voor de inflatie over deze periode komt. De reële waarde van het

verplicht eigen risico in 2025 (in prijzen 2016) komt daarmee uit op € 307.

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering waarom zij er niet voor heeft gekozen om het verplicht eigen risico helemaal af te schaffen. Welke rechtvaardiging ziet de regering in het voortduren van de situatie waarin mensen worden beboet als zij de pech hebben om ziek te zijn?

De regering kiest er niet voor om het verplicht eigen risico af te schaffen, omdat het eigen risico belangrijk is voor het behouden van draagvlak voor solidariteit. Juist om het draagvlak voor die solidariteit te bewaren, vragen we ook wat extra aan de mensen die gebruik maken van de zorg. Ook andere grote voordelen van het eigen risico zouden verdwijnen. Als we minder of geen eigen risico betalen, zal er meer via de premie en belasting moeten worden betaald. Dat is niet alleen een kwestie van schuiven met de rekening, maar de rekening wordt ook nog eens hoger. Zo kost het afschaffen van het verplicht eigen risico structureel jaarlijks zo'n 6 miljard euro. Het heeft namelijk tot gevolg dat de zorgkosten harder stijgen, omdat mensen zich minder bewust zullen zijn van de kosten. Bovendien kan het volledig verschuiven van de rekening de hoge mate van solidariteit in ons stelsel ook aantasten. De effecten op de nominale premie en werkgeverslasten zijn bij het afschaffen van het eigen risico immers groot. De regering kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico te behouden, maar in deze kabinetsperiode te maximeren op € 385 per jaar. Dat heeft tot gevolg dat de risicosolidariteit wordt vergroot, aangezien met name mensen die het eigen risico anders zouden volmaken een voordeel hebben van deze maatregel. Daarnaast ben ik voornemens 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.

De leden van de SP-fractie constateren dat het vrijwillig eigen risico een flinke aantasting is van de solidariteit in de zorgverzekering, terwijl het tegelijkertijd mensen in een benarde financiële situatie kan brengen op het moment dat zij onverwacht zorg nodig hebben. Waarom kiest de regering er desondanks niet voor om het vrijwillig eigen risico met deze wetswijziging af te schaffen?

Het vrijwillig eigen risico maakt verzekerden bewust van de kosten van zorg en biedt hen een keuzemogelijkheid. Deze keuzemogelijkheid is van belang voor het draagvlak van gezonde verzekerden voor ons solidaire zorgstelsel. Daarnaast laat onderzoek uit 2019 van het CPB zien dat er geen duidelijk bewijs is dat het vrijwillig eigen risico de risicosolidariteit aantast.¹ De regering ziet daarom ook geen reden om het vrijwillig eigen risico te heroverwegen. Wel heb ik voortdurend aandacht voor de ontwikkelingen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico. In april 2022 is de motie van het lid Paulusma c.s. aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt². Ik ben op dit moment bezig met het uitzetten van het onderzoek en ik streef ernaar uw Kamer in het eerste kwartaal 2023 te informeren over de resultaten.

2. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

De leden van de **VVD-fractie** zijn benieuwd naar de verschillende betalingsmogelijkheden die geboden worden aan verzekerden die problemen ervaren bij het betalen van hun premie. Kan de regering hier een overzicht van geven?

De zorgverzekeraar kan een betalingsregeling aanbieden voor het betalen van de premie of het eigen risico. De vormgeving van die betalingsregeling verschilt per zorgverzekeraar. Daarnaast bestaan er diverse compensatieregelingen die ervoor moeten zorgen dat iedereen zijn zorgkosten kan betalen. Het gaat daarbij onder meer om landelijke regelingen zoals de zorgtoeslag, de fiscale aftrek voor specifieke zorgkosten en uitzonderingen op het eigen risico. Op gemeentelijk niveau gaat het om het aanbieden van de gemeentepolis (een collectieve polis voor mensen met een laag inkomen of chronische ziekte of beperking), de mogelijkheid van een financiële tegemoetkoming voor mensen die vanwege een ziekte of beperking aannemelijke meerkosten hebben en de

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20 29689, nr. 1025.

² Kamerstukken II 2021/22 35872, nr. 13.

individuele bijzondere bijstand. Waar het specifiek gaat om de betaalbaarheid van de premie voor de zorgverzekering is de zorgtoeslag het belangrijkste instrument, aangezien de zorgtoeslag mensen met een laag inkomen tot € 111 per maand (in 2022) voor éénpersoonshuishoudens en € 212 voor een tweepersoonshuishoudens compenseert voor de kosten van de nominale premie en het verplicht eigen risico.

De leden van de **D66-fractie** constateren dat met dit wetsvoorstel het eigen risico bevroren wordt op 385 euro, terwijl het eigen risico anders naar 430 euro zou zijn gestegen in 2025. Is in deze alternatieve raming van 430 euro meegenomen dat de indexering van het eigen risico fors lager uit zou vallen door alle ombuigingen binnen de Zorgverzekeringswet (Zwv) op basis van het regeerakkoord? Zo ja, wat zou het verloop van het eigen risico zijn in een situatie waarin deze ombuigingen niet zouden plaatsvinden en het eigen risico niet bevroren zou zijn? Zo nee, welk deel van de verlaging van het eigen risico is het gevolg van de genoemde ombuigingen en welk deel is het gevolg van het bevriezen van het eigen risico? Kan er middels een tabel inzicht gegeven worden in het verloop van het maximale eigen risico, de budgettaire effecten en het verschil in de gemiddelde betaling van het eigen risico per jaar tot en met 2030 in deze drie scenario's (inclusief bevroering eigen risico én ombuigingen, een situatie met alle ombuigingen maar zonder bevroering en het basispad waarin er geen ombuigingen of bevroering plaatsvindt)?

In het coalitieakkoord zijn de budgettaire effecten van én op het verplicht eigen risico als volgt verwerkt: de budgettaire effecten van de maatregel "bevroeren eigen risico en andere vormgeving" bevat de effecten op de opbrengsten van het verplicht eigen risico en het bijbehorende remgeldeffect. De budgettaire effecten van de andere maatregelen op het verplicht eigen risico zijn meegenomen in de maatregelen "integraal zorgakkoord" (- € 80 miljoen in 2026) en "eigen risico totaaleffect" (€ 41 miljoen in 2026).

De gevraagde effecten van de drie varianten kunnen alleen geleverd worden tot en met 2027; dit is namelijk het laatste jaar waarvoor er begrotingsramingen zijn. Voor deze berekeningen is uitgegaan van de ramingen die zijn gemaakt ten tijde van het coalitieakkoord.

| | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Incl. bevroering verplicht eigen risico en ombuigingen | | | | | |
| Verplicht eigen risico | € 385 | € 385 | € 385 | € 395 | € 405 |
| Budgettaire opbrengst ³ (+=hogere netto uitgaven, in mln) | € 220 | € 448 | € 675 | € 718 | € 718 |
| Vershil in gemiddelde eigen betaling | € 7 | € 14 | € 22 | € 24 | € 24 |
| | | | | | |
| Wel ombuigingen, geen bevroering verplicht eigen risico | | | | | |
| Verplicht eigen risico | € 400 | € 415 | € 430 | € 440 | € 455 |
| Budgettaire opbrengst ⁴ (+=hogere netto uitgaven, in mln) | € 0 | € 0 | € 0 | € 40 | € 40 |
| Vershil in gemiddelde eigen betaling | € 0 | € 0 | € 0 | € 3 | € 3 |
| | | | | | |
| Geen ombuigingen en geen bevroering verplicht eigen risico | | | | | |
| Verplicht eigen risico | € 400 | € 415 | € 430 | € 445 | € 460 |

³ Dit betreft het totaal van de lagere opbrengsten uit het verplicht eigen risico (vanwege bevroeren van het verplicht eigen risico, en het anders vormgeven van het eigen risico), het bijbehorende remgeldeffect en de lagere inkomsten uit het verplicht eigen risico van de andere maatregelen.

⁴ In 2023 wordt er per saldo beperkt geïntensiveerd in de Zwv en in 2024 en 2025 wordt er per saldo beperkt bespaard op de uitgaven. Aangezien dit niet leidt tot meer/minder indexering van het verplicht eigen risico, is het effect op de opbrengsten van het verplicht eigen risico nagenoeg nihil. In 2026 en 2027 bedraagt de per saldo opbrengst van alle bezuinigingen en intensiveringen van maatregelen circa € 40 miljoen.

De leden van de D66-fractie lezen dat als gevolg van het bevriezen van het verplichte eigen risico de nominale premie zal stijgen. Kan de regering in beeld brengen welke stijging de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage en de zorgtoeslag de komende jaren (ten minste tot 2025) zullen doormaken en wat het verschil zou zijn ten opzichte van een situatie waarin wel geïndexeerd zou worden en een situatie waarin daarnaast ook geen ombuigingen zouden plaatsvinden, zoals in het regeerakkoord omschreven staan?

Voor deze berekeningen is uitgegaan van de ramingen die zijn gemaakt ten tijde van het coalitieakkoord. Er is niet aangesloten bij de actuele uitgavencijfers die gemeld zijn in de Voorjaarsnota. De premie- en inkomensafhankelijke bijdrage (IAB)-effecten worden vanaf 2025 opwaarts beïnvloed door de in het coalitieakkoord opgenomen maatregel overheveling van behandeling en geneesmiddelen van de Wet langdurige zorg naar de Zvw. De cijfers in de variant met de voorgenomen ombuigingen uit het coalitieakkoord en zonder het bevriezen van het verplicht eigen risico betreffen een grove benadering. Dat is ook het geval voor de raming van de zorgtoeslag in de variant zonder ombuigingen en zonder bevriezing van het verplicht eigen risico.

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---------|---------|---------|---------|
| Incl. bevriezing verplicht eigen risico en ombuigingen | | | | |
| Nominale premie | € 1.522 | € 1.614 | € 1.670 | € 1.746 |
| Inkomensafhankelijke bijdrage | 6,75% | 6,95% | 7,00% | 7,10% |
| Uitgaven zorgtoeslag (in mld) | € 5,6 | € 6,1 | € 6,4 | € 6,7 |
| | | | | |
| Wel ombuigingen, geen bevriezing verplicht eigen risico | | | | |
| Nominale premie | € 1.522 | € 1.603 | € 1.648 | € 1.717 |
| Inkomensafhankelijke bijdrage | 6,75% | 6,90% | 6,95% | 7,10% |
| Uitgaven zorgtoeslag (in mld) | € 5,6 | € 6,1 | € 6,3 | € 6,7 |
| | | | | |
| Geen ombuigingen en geen bevriezing verplicht eigen risico | | | | |
| Nominale premie | € 1.522 | € 1.597 | € 1.654 | € 1.720 |
| Inkomensafhankelijke bijdrage | 6,75% | 6,90% | 7,00% | 7,10% |
| Uitgaven zorgtoeslag (in mld) | € 5,6 | € 6,0 | € 6,3 | € 6,7 |

De leden van de D66-fractie erkennen dat zorgverzekeraars ook het eigen risico kunnen inzetten als sturingsinstrument, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Kan er een schatting van gemaakt worden in welk percentage van de zorguitgaven deze mogelijkheid wordt toegepast?

Zorgverzekeraars kunnen het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Zorgverzekeraars hebben de vrijheid om zorgaanbieders aan te wijzen, waarvoor geldt dat een verzekerde geen eigen risico verschuldigd is indien de verzekerde deze zorgaanbieder raadpleegt. De zorgverzekeraar moet hierbij wel aan iedere verzekerde die naar een preferentie zorgaanbieder gaat dezelfde vrijstelling verlenen. De NZa heeft in de "Monitor zorgverzekeringen 2021"⁵ 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 vijf zorgverzekeraars ook geen eigen risico in rekening indien er gebruik wordt gemaakt van voorkeursgeneesmiddelen. De inschatting is dat dit om een klein percentage van de zorguitgaven gaat.

⁵ Kamerstukken II 2021/22, 29 689 nr. 1130.

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 stijgen tot ongeveer 430 euro per volwassen verzekerde in 2025. De leden van de **CDA-fractie** vragen hoe hoog het verplicht eigen risico inmiddels zou zijn, als het vorige kabinet er niet voor had gekozen het eigen risico te bevriezen. Deze leden vragen tevens hoe hoog het verplicht eigen risico zou zijn in 2025 als er in de gehele periode 2017-2025 geen bevroering had plaatsgevonden.

Als het verplicht eigen risico in de vorige kabinetsperiode niet zou zijn bevroren, dan zou deze in 2022 € 450 hebben bedragen. Als het verplicht eigen risico in de gehele periode tot en met 2025 niet bevroren zou zijn/worden, zou deze in 2025 circa € 500 bedragen.

Kan de regering er tevens een inschatting van geven hoeveel lager de maandelijkse (reken)premie en de inkomensafhankelijke bijdrage zouden zijn (op dit moment en in 2025) als het eigen risico nooit bevroren zou zijn geweest, zo vragen genoemde leden.

De maandelijkse nominale premie zou in 2022 circa € 40 en in 2025 circa € 75 lager zijn geweest als het verplicht eigen risico vanaf 2018 niet zou zijn geïndexeerd. De inkomensafhankelijke bijdrage zou dan in 2022 en 2025 respectievelijk 0,03%-punt en 0,06%-punt lager zijn geweest. Bij deze berekeningen is gebruik gemaakt van de bedragen zoals deze zijn geboekt in de begroting.

De leden van de CDA-fractie vragen hoe het verplicht eigen risico zich na 2025 zal ontwikkelen, als te zijner tijd niet opnieuw voor een bevroering gekozen wordt.

In de meest actuele raming loopt de hoogte van het verplicht eigen risico op grond van de indexering op naar € 400 in 2026 en € 415 in 2027. Dit is hoger dan de standen ten tijde van het coalitieakkoord vanwege verwerking van de nieuwe loon- en prijsontwikkeling en verzekerdenraming.

Huishoudens met een laag inkomen ontvangen zorgtoeslag als gedeeltelijke tegemoetkoming voor de zorgpremie en het verplicht eigen risico. De Nationale Ombudsman concludeerde onlangs⁶ dat met name veel ouderen in een financieel kwetsbare positie inkomensvoorzieningen niet benutten terwijl zij daar wel recht op hebben. De leden van de CDA-fractie vragen of de regering kan aangeven hoeveel van deze financieel kwetsbare ouderen ten onrechte geen zorgtoeslag ontvangen. Als de regering dit niet kan aangeven, welke middelen heeft zij dan nodig om dit inzicht wel te verkrijgen?

Uit het IBO Toeslagen "Deelonderzoek 1. Eenvoud of maatwerk: Uitrusten binnen het bestaande toeslagenstelsel"⁷ is gekeken naar het niet-gebruik bij de toeslagen, waaronder de zorgtoeslag. Hieruit bleek dat het niet-gebruik in 2015 onder ouderen procentueel relatief laag is. Bij huishoudens met alleen AOW gaat het om 5%. Bij huishoudens met een aanvullend pensioen gaat het om 7%.

De Nationale Ombudsman adviseert onder andere om automatisch inkomensvoorzieningen toe te kennen als er geen verplichtingen zijn verbonden aan de voorzieningen. Ziet de regering mogelijkheden om ook de zorgtoeslag automatisch toe te kennen aan mensen die daar recht op hebben?

Automatische toekenning van de zorgtoeslag is niet goed uitvoerbaar en kent voor de burger nadelige effecten. De zorgtoeslag wordt uitgekeerd op basis van het actuele inkomen. De inschatting van het actuele inkomen moet door de burger zelf worden gedaan. Het automatisch toekennen betekent dat de Dienst Toeslagen een inschatting moet maken van het actuele inkomen. De Dienst Toeslagen heeft echter hiervoor niet altijd inzicht in een actuele inkomensbron en kan dan ook niet altijd het actuele inkomen goed inschatten. Het verkeerd inschatten en eventueel automatisch aanpassen van het inkomen door de Dienst Toeslagen kan vervelende gevolgen

⁶ Nationale Ombudsman, 16 juni 2022, "Met te weinig genoegen nemen, Een onderzoek naar het niet benutten van inkomensvoorzieningen door ouderen in een financieel kwetsbare positie"

⁷ Kamerstukken II, 31066 nr. 540

hebben, mocht dit niet correct gebeuren. Huishoudens kunnen teveel ontvangen en later alsnog terug moeten betalen of te weinig ontvangen en daarmee in betalingsproblemen komen. Mocht blijken dat mensen na afloop van het toeslagjaar alsnog recht hadden op toeslagen, dan kunnen zij deze toeslagen tot uiterlijk negen maanden na afloop van het toeslagjaar aanvragen. Overigens wordt voor huishoudens die zorgtoeslag hebben aangevraagd, deze aanvraag in het volgende jaar automatisch gecontinueerd. Dit voorkomt dat huishoudens niet elk jaar opnieuw zorgtoeslag moeten aanvragen. Daarnaast werkt de Dienst Toeslagen continue aan het verbeteren van de dienstverlening om burgers te helpen met het aanvragen van de toeslagen.

De leden van de **SP-fractie** zijn kritisch over de keuze van de regering om de bevrozing van het eigen risico te financieren via een verdere verhoging van de zorgpremie. Is de regering het met hen eens dat een verdere stijging van deze premie onwenselijk is? Waarom wordt niet gekeken naar de mogelijkheid om de zorgverzekering (deels) te fiscaliseren en/of de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) te verhogen? Waarom wordt er zo heilig vastgehouden aan de 50/50-verdeling?

In artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat de inkomensafhankelijke bijdragen de helft bedragen van de zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet (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 inkomensafhankelijke bijdrage, omdat daarmee de 50/50-verdeling zou worden aangetast.

3. Financiële gevolgen

De leden van de **D66-fractie** lezen dat de zorguitgaven zullen toenemen als gevolg van een verwacht verminderd remgeldeffect. Kan uiteengezet worden hoe de bedragen zoals vermeld op pagina 5 zijn berekend en hoe deze zich verhouden tot de gebruikte bedragen voor de maatregelen in Zorgkeuzes in Kaart?⁸ Hebben er sindsdien wijzigingen plaatsgevonden in deze ramingen? Is deze raming in samenspraak met het Centraal Planbureau opgesteld?

In Zorgkeuzes in Kaart is door het CPB een inschatting gemaakt van het remgeldeffect van diverse maatregelen die een aanpassing van het verplicht eigen risico bevatten. Voor het bevrozen van het verplicht eigen risico is gerekend met een remgeldeffect van € 40 mln. per elke € 5 aanpassing van het verplicht eigen risico. Sindsdien heeft er geen wijziging in deze vuistregel plaatsgevonden. Deze vuistregel is ook gehanteerd voor de bedragen op pagina 5. Deze raming is niet in samenspraak met het CPB opgesteld, maar volgt wel de inschattingen uit Zorgkeuzes in Kaart, waarbij het CPB de effecten heeft berekend.

De leden van de **D66-fractie** lezen dat het verwachte structurele effect van de bevrozing van het eigen risico na 2025 niet meer stijgt. In hoeverre is dat in lijn met de werking van de indexering waarbij het eigen risico in stappen van vijf euro procentueel meestijgt met de Zvw-uitgaven? Valt niet te verwachten dat de indexering ook na 2025 als gevolg van dit wetsvoorstel lager uitvalt, omdat geïndexeerd wordt op basis van een lager bedrag (namelijk 385 euro in plaats van 430 euro)?

Het is bij budgettaire boekingen zowel in de zorg als bij andere beleidsterreinen gebruikelijk om bij maatregelen geen oploop in budgettaire opbrengst te verwerken als de beleidsingreep zelf niet verder oploopt, hoewel de doorwerking van die opbrengst wel oploopt. Bij uitgavenmaatregelen zou ook kunnen worden gesteld dat de opbrengst oploopt vanwege loon- en prijsstijging.

De Zorgverzekeringswet schrijft in artikel 19, tweede en derde lid, voor dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig de ontwikkeling van de zorgkosten. Dat leidt alleen tot een wijziging van het verplicht eigen risico indien het geïndexeerde bedrag naar beneden afgerond € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het op dit moment geldende bedrag aan eigen

⁸ CPB (2020), 'Zorgkeuzes in Kaart', <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>.

risico. Indien het verschil kleiner is, vindt geen indexering plaats in het komende jaar. Onderhavig wetsvoorstel wijzigt het zevende lid van artikel 19 zo dat de hierboven genoemde indexeringsregels in de jaren 2023, 2024 en 2025 niet gelden. Zonder een eventuele volgende wetswijziging vindt indexering van het eigen risico dus weer plaats vanaf 2026 voor zover de ontwikkeling van de zorgkosten leiden tot een verhoging van € 5 of een veelvoud daarvan, waarbij het startpunt voor de indexering het bedrag van € 385 is.

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de regering ervan uitgaat dat de bevrozing van het eigen risico een structurele toename van de zorgkosten met 360 miljoen euro betekent. Zij vragen waar dit bedrag op is gebaseerd. Is hierbij ook meegenomen hoeveel kosten bespaard worden doordat minder mensen noodzakelijke zorg zullen mijden, waardoor duurdere behandelingen op een later moment voorkomen kunnen worden?

De hogere zorgkosten die resulteren bij een lager eigen risico zijn gebaseerd op berekeningen die het CPB heeft gemaakt voor Zorgkeuzes in Kaart. Het CPB heeft daarbij gekeken naar het budgettaire effect van een mutatie van het verplicht eigen risico. Beslissingen die een effect hebben op de uiteindelijke zorgkosten van een individu (waaronder een eventueel uitstel van noodzakelijke zorg waarna op termijn een duurdere behandeling nodig is) worden via de mutatie op de totale zorgkosten wel meegenomen in de raming.

4. Consultatie

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat binnen afzienbare tijd een wetsvoorstel zal worden opgesteld waarin de hervorming van het verplicht eigen risico centraal staat. Zij vragen wanneer dit voorstel verwacht wordt.

In het Coalitieakkoord is de ambitie benoemd om het verplicht eigen risico zo te hervormen dat mensen niet in één keer hun gehele eigen risico hoeven te betalen, maar een betaling per behandeling tot een maximum van € 385. Eerder heb ik uw Kamer een advies van de NZa gestuurd over vaste bedragen in de medisch specialistische zorg en de geestelijke gezondheidszorg⁹. Ook heb ik u een technische verkenning toegestuurd waarin twee varianten voor een vast bedrag in de medisch specialistische zorg verder zijn uitgewerkt. ¹⁰ Op dit moment werk ik samen met partijen aan de uitwerking van de maatregel. Zoals ik in mijn brief van 4 maart jl. heb toegezegd zal ik u in het najaar van 2022 de hoofdlijnen schetsen van vormgeving van dit "slimmere" eigen risico.¹¹ De verwachting is dat ik u in de 2e helft van 2023 vervolgens het wetsvoorstel zal toesturen. Met dat tijdsplan is een verantwoorde invoering per 1 januari 2025 mogelijk.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

⁹ Kamerstukken II 2020/21, 29689 nr. 1089, Kamerstukken II, 25424 nr. 604.

¹⁰ Kamerstukken II 2021/22, 29689, nr. 1109.

¹¹ Kamerstukken II 2021/22, 35 925-XVI nr. 170.