

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. 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. 8 maart 2018 en het nader rapport d.d. 30 maart 2018, aangeboden aan de Koning door de Minister van Medische Zorg. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 22 februari 2018, no. 2018000355, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering tot en met het jaar 2021, met memorie van toelichting.

In september 2017 is een wetsvoorstel aangenomen waarmee de indexerings van het eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor het jaar 2018 achterwege is gelaten.² Vervolgens is in het Regeerakkoord «Vertrouwen in de toekomst» het voornemen aangekondigd de indexatie van het eigen risico tot en met 2021 achterwege te laten, als onderdeel van een breder pakket aan maatregelen dat erop is gericht om de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning te verminderen.³ Het voorliggende voorstel strekt tot uitvoering van dit voornemen.

De Afdeling advisering van de Raad van State adviseert het voorstel aan de Tweede Kamer te zenden, maar heeft opmerkingen over de verhouding tussen de doelstellingen van het voorstel en het in het voorstel gekozen instrument.

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

² Stb. 2017, 356.

³ Vertrouwen in de toekomst, *Regeerakkoord 2017–2021*, 10 oktober 2017, blz. 16; toelichting, algemeen.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 21 februari 2018, no. 2018000336, 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 8 maart 2018, no. W13.18.0033/III, bied ik U hierbij aan.

De Afdeling advisering van de Raad van State adviseert het voorstel aan de Tweede Kamer te zenden, nadat aandacht is geschonken aan haar opmerkingen over de verhouding tussen de doelstellingen van het voorstel en het in het voorstel gekozen instrument.

a. Generieke aanpak voor specifieke problemen voor bepaalde groepen

Blijkens de toelichting heeft het wetsvoorstel een tweeledige doelstelling. Het beoogt in samenhang met een aantal andere voorgenomen maatregelen te bereiken dat zorg uit het basispakket van de zorgverzekering voor iedereen betaalbaar blijft en voorts dat de stapeling van eigen betalingen voor zorg en ondersteuning wordt beperkt.⁴

De Afdeling merkt het volgende op. Gelet op de doelstellingen, strekt de voorgestelde maatregel er in feite toe inkomensondersteuning te bieden via de Zvw. De gekozen weg via de Zvw leidt er toe dat de maatregel een generiek karakter heeft, terwijl daarmee specifieke doelen worden nagestreefd: betaalbare zorg voor iedereen en het beperken van stapeling van eigen betalingen. Alleen voor verzekerden die het eigen risico vol maken – naar schatting 47% van de verzekerden – geldt dat zij voordeel kunnen hebben bij de bevrozing van het eigen risico (tussen € 26 en € 31 per jaar, afhankelijk van het ontvangen van zorgtoeslag).⁵ Deze groep verzekerden die het eigen risico vol maakt is echter groter dan de onderscheiden doelgroepen. Niet voor al deze verzekerden zal immers gelden dat de betaalbaarheid van zorg door indexatie van het eigen risico problematisch zou worden, en ook zullen zij niet allen met een stapeling van eigen betalingen worden geconfronteerd. Daarnaast betekent het voorstel een lastenverzwaring (tussen € 29 en € 34 per jaar) voor de groep verzekerden die het eigen risico niet (volledig) vol maakt als gevolg van de stijging van de nominale premie die van de voorgenomen maatregel mede het gevolg is.

a. Generieke aanpak voor specifieke problemen voor bepaalde groepen

De Afdeling merkt op dat de voorgestelde maatregel, gelet op de doelstellingen, er in feite toe strekt inkomensondersteuning te bieden via de Zorgverzekeringswet (Zvw). Vanwege het generieke karakter van de maatregel worden meer verzekerden bereikt dan de doelgroepen, bestaande uit verzekerden waarvoor de betaalbaarheid van zorg door indexatie van het eigen risico problematisch zou worden en verzekerden die met een stapeling van eigen betalingen worden geconfronteerd. De Afdeling wijst er op dat verzekerden die het eigen risico niet volmaken, zelfs meer gaan betalen door de stijging van de premie als gevolg van de voorgestelde maatregel.

In de memorie van toelichting wordt uitgebreid aandacht geschonken aan de financiële gevolgen voor verzekerden en aan de inkomenseffecten. De voorgestelde maatregel is echter niet bedoeld als inkomensondersteuning. Het verplicht eigen risico wordt met dit wetsvoorstel gefixeerd voor alle verzekerden, ongeacht de hoogte van hun inkomen. Het fixeren van het verplicht eigen risico is één van de maatregelen om de stapeling

⁴ Toelichting, algemeen, «Inhoud en aanleiding wetsvoorstel».

⁵ Toelichting, algemeen, «Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten».

van eigen betalingen te verminderen, zoals is toegelicht in de brief aan de Tweede Kamer van 17 november 2017⁶. In elk domein worden de eigen betalingen beperkt, zodat ook de last van de totale stapeling wordt verlaagd. Het verminderen van de stapeling van eigen betalingen is dus het primaire doel van deze maatregel. Door de fixering van het verplicht eigen risico beperkt de regering gericht de eigen betalingen voor alle verzekerden die zoveel kosten voor zorg hebben dat zij hun verplicht eigen risico volmaken. Dit levert tevens een versterking op van de solidariteit van verzekerden die geen of weinig zorg gebruiken met verzekerden die veel zorg nodig hebben. Relatief gezonde verzekerden hebben geen voordeel van de fixering van het verplicht eigen risico, omdat zij lage kosten voor zorg maken. Deze groep verzekerden gaat wel meer betalen door de stijging van de premie als gevolg van de voorgestelde maatregel. Afhankelijk van het inkomen, wordt dat deels gecompenseerd via de zorgtoeslag. Met het wetsvoorstel wordt kortom beoogd de zorg voor degenen met relatief hoge zorgkosten betaalbaar te houden.

b. Gerichtere aanpak

Het bovenstaande roept de vraag op naar de noodzaak van een meer gerichte aanpak. Wat betreft de doelstelling om de betaalbaarheid van de zorg voor iedereen te waarborgen kan daarbij worden gedacht aan maatregelen in de sfeer van de toeslagen voor de laagste inkomens en (gemeentelijk) armoedebeleid. Via dergelijke maatregelen kan inkomensondersteuning gericht – en meer in samenhang met ander inkomensbeleid – worden vormgegeven en geboden dan via de voorgestelde bevrozing van het eigen risico.

De stapeling van eigen betalingen wordt in dit voorstel evenmin gericht aangepakt. Deze stapeling zal veelal bestaan uit een samenloop tussen eigen bijdragen in de langdurige zorg en ondersteuning (zoals de eigen bijdragen op grond van de Wet langdurige zorg en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015) enerzijds en een noodzaak tot chronische zorg en ondersteuning anderzijds. Om de problematiek van stapeling van eigen betalingen effectief en gericht aan te pakken ligt het volgens de Afdeling meer voor de hand om oplossingen hiervoor te vinden in het kader van de regelingen voor langdurige zorg, zoals de regering ook heeft aangekondigd.⁷

b. Gerichtere aanpak

De Afdeling roept de vraag op naar de noodzaak van specifieke maatregelen die meer gericht zijn op inkomensondersteuning en het tegengaan van stapeling van eigen betalingen, en doet enkele suggesties van zulke maatregelen.

Zoals hierboven uiteen gezet, ziet de voorgestelde maatregel niet op inkomensondersteuning of op het waarborgen van de betaalbaarheid van zorg voor iedereen. In de eerder vermelde brief van 17 november 2017 is toegelicht dat last, zorgen en onzekerheid over de hoge zorgkosten vooral bestaan bij mensen die juist geen beroep kunnen doen op door de Afdeling genoemde toeslagen en (gemeentelijk) armoedebeleid. Daarom kiest het kabinet voor andere instrumenten.

Bovendien zijn de door de Afdeling genoemde maatregelen gericht op inkomenssolidariteit, terwijl de voorgestelde maatregel de risicosolidariteit versterkt. Zo zouden gezonde verzekerden met een laag inkomen ook

⁶ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 199.

⁷ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 199.

van een verhoging van de zorgtoeslag profiteren. De betaalbaarheid van de kosten die zij voor ontvangen zorg maken, is voor hen echter niet in het geding. Dit zou niet bijdragen aan de risicosolidariteit.

De Afdeling stelt verder dat oplossingen in het kader van de langdurige zorg meer voor de hand hadden gelegen om de stapeling van eigen betalingen aan te pakken. Dit zie ik als een ondersteuning van het beleid, aangezien het kabinet – naast het fixeren van het verplicht eigen risico – een reeks van gerichte maatregelen neemt om de stapeling van eigen betalingen te verminderen. Deze zijn aangekondigd in het regeerakkoord en toegelicht in de brief van 17 november 2017. Het gaat onder andere om een reeds gerealiseerde verlaging van de eigen bijdrage voor langdurige zorg per 2018 en de halvering van de vermogensinkomensbijtelling voor de eigen bijdrage voor langdurige zorg.

c. Beheersing zorguitgaven

Het gevolg van de gekozen generieke aanpak is dat de budgettaire effecten van de maatregel aanzienlijk zijn. Dit tegen de achtergrond van de verwachte ontwikkeling van de collectieve zorguitgaven. Ook voor de komende jaren wordt een groei van deze uitgaven verwacht. De opgave die een kabinet zich gesteld heeft om de collectieve zorguitgaven te beheersen wordt er, mede gelet op het structurele karakter van de maatregel, niet minder op.

De effecten op de collectief gefinancierde zorguitgaven, die eerder op ongeveer € 800 miljoen werden geraamd, zijn inmiddels weliswaar naar beneden bijgesteld naar € 560 miljoen als gevolg van andere maatregelen, bijvoorbeeld op het gebied van genees- en hulpmiddelen en als uitvloeisel van de hoofdlijnenakkoorden 2019–2022.⁸ Dit laat onverlet dat de omvang van de doelgroep die voordeel heeft van de voorgestelde maatregel (circa 6 mln. verzekerden) leidt tot een structurele en forse verhoging van de collectief gefinancierde zorguitgaven, terwijl de maatregel voor individuele verzekerden maar een beperkt inkomenseffect heeft (circa € 30 per jaar). Een gerichtere aanpak kan ook leiden tot een efficiëntere inzet van middelen.

De Afdeling adviseert in de toelichting nader op de vorenstaande punten in te gaan.

c. Beheersing zorguitgaven

De Afdeling wijst op de aanzienlijke en structurele budgettaire effecten, terwijl het kabinet zich de opgave heeft gesteld om de collectieve zorguitgaven te beheersen en de maatregel voor individuele verzekerden maar een beperkt inkomenseffect heeft. Een gerichtere aanpak kan ook leiden tot een efficiëntere inzet van middelen.

Zoals hiervoor beschreven, is de voorgestelde maatregel gericht op verzekerden met relatief hoge zorgkosten en maakt het deel uit van een pakket aan diverse maatregelen om stapeling van eigen betalingen te verminderen. Gelet op de doelstelling is hiermee sprake van een afdoende gerichte en financieel efficiënte aanpak.

⁸ Toelichting, algemeen, financiële gevolgen. De Afdeling merkt in dit verband voorts op dat wordt uitgegaan van besparingen, waarvan nog niet zeker is dat die daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden. Zo zijn de genoemde hoofdlijnenakkoorden voor de periode 2019–2022 (nog) niet gesloten. Daarbij komt dat het Centraal Planbureau bij de doorrekening van het regeerakkoord op dit punt minder omvangrijke besparingen realistisch acht (CPB Notitie 4 oktober 2017, Analyse economische en budgettaire effecten van de financiële bijlage van het Regeerakkoord, blz. 7 en 25).

Hiernaast zijn in het regeerakkoord ook maatregelen afgesproken 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.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de Afdeling is de toelichting aangepast om de doelstelling van het wetsvoorstel te verduidelijken. Tevens is in de toelichting de passage over de gevolgen voor de regeldruk aangevuld.

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, nadat aan het vorenstaande aandacht zal zijn geschonken.

*De vice-president van de Raad van State,
J.P.H. Donner*

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 voor Medische Zorg,
B.J. Bruins