

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. 9

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 1 juni 2018

Met belangstelling heeft de regering kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over 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. De regering stelt een voortvarende behandeling van het wetsvoorstel op prijs. De hoogte van het verplicht eigen risico is nodig voor de toekenning van de vereveningsbijdrage in oktober 2018 en de bekendmaking van de nominale premie voor 12 november 2018. Daarom is het van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel uiterlijk in september 2018 wordt afgerond. In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoordt de regering de gestelde vragen zo veel mogelijk in de volgorde van het verslag.

Inhoud en aanleiding wetsvoorstel

De leden van de VVD-fractie vragen naar mogelijkheden om de zorgkosten te beperken, zonder dat toegankelijkheid en kwaliteit in het geding komen.

In de hoofdlijnenakkoorden erkennen alle betrokken partijen het belang dat op termijn de kosten in de zorg niet sneller stijgen dan de economische groei. De in de akkoorden beoogde transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek biedt in dit verband de nodige aanknopingspunten om ervoor te zorgen dat in 2022 onze zorg beter in staat is de toenemende en veranderende zorgvraag op te vangen en tegelijkertijd de doelmatigheid te verbeteren. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten zich de komende jaren in om de zorg door goede regionale samenwerking, beter aan te laten sluiten bij de behoefte van de patiënt en onnodige of ineffectieve zorg te voorkomen. Dit gebeurt onder meer door:

- De mogelijkheden te verbeteren om dicht bij huis of zelfs thuis de zorg te krijgen die men nodig heeft, om te voorkomen dat onnodig een beroep wordt gedaan op de duurste zorg.
- Een tijdige signalering en brede triage van klachten, om te voorkomen dat klachten verergeren en mensen op de spoedhulp aangewezen zijn.

- Te investeren in de mogelijkheden voor de arts en de patiënt om samen goede keuzes te maken over welke zorg echt toegevoegde waarde heeft voor iemand.
- De zorg beter te laten aansluiten bij de mogelijkheden van de patient om zelf regie te houden, onder meer door de inzet van e-health en aandacht voor de gezondheidsvaardigheden van patiënten.
- Beter te identificeren welke zorg onnodig of niet effectief is.
- Regeldruk te verminderen.
- Verspilling in de zorg te verminderen.

Het kabinet zet daarnaast ook vol in op preventie, want voorkomen is beter dan genezen. Er wordt een nationaal preventieakkoord gesloten met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, sportverenigingen en -bonden, bedrijven en maatschappelijke organisaties.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de inzet van de regering op het punt van de aanpak van verspilling in de zorg.

In 2013 is het programma «Aanpak verspilling in de zorg» gestart. Dit programma is opgezet vanwege het grote aantal meldingen bij het Meldpunt verspilling in de zorg. Op basis van die ruim 22.500 meldingen zijn binnen het programma «Aanpak verspilling in de zorg» meer dan twintig (vervolg)acties in gang gezet en is volop aandacht besteed aan goede praktijkinitiatieven.

In de loop van 2016 is het programma beëindigd. Bij de afsluiting van het programma is in de brief aan uw Kamer van 6 juli 2016¹ aangegeven dat het tegengaan van verspilling in de zorg in het bestaande beleid zal worden ingebed. Voorbeelden hiervan zijn het beleid gericht op gepast gebruik, zorg op de juiste plek, terugdringen van administratieve lasten en stoppen met onnodige zorg.

De regering onderschrijft dat continue aandacht nodig is om verspilling in de zorg tegen te gaan en zal dit thema geregeld onder de aandacht van veldpartijen (blijven) brengen, onder meer bij het overleg in het kader van de hoofdlijnenakkoorden.

Ook vragen genoemde leden naar de inzet op het terrein van zinnige zorg.

Met het programma Zinnige Zorg licht het Zorginstituut Nederland thans samen met de beroepsgroepen en patiëntenverenigingen op systematische wijze het op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) te verzekeren pakket door. Kern van die doorlichting van het basispakket is het identificeren en terugdringen van ineffektieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden.

In de brief aan uw Kamer van 21 februari 2017² is al met nadruk aangegeven dat het wenselijk is dat continue evaluatie plaatsvindt van zorg die reeds in het basispakket is opgenomen. De regering wil deze lijn versterkt doorzetten door bestaande zorg op grotere schaal te laten evalueren. Daardoor verbetert het inzicht in hoe zorg zo gepast mogelijk ingezet kan worden. De kwaliteit van zorg krijgt hiermee een impuls, maar ook wordt zo bijgedragen aan de kostenbeheersing van de zorg. Essentieel hierbij is dat de uitkomsten van evaluatie ook daadwerkelijk een verandering teweeg brengen in de praktijk. Met het oog daarop bevat het «Onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2019 t/m 2022» afspraken over de wijze waarop onderzoek naar bestaande zorg het best kan worden vormgegeven om gepast gebruik in de praktijk te bevorderen. Deze

¹ Kamerstukken II 2015/16, 33 654, nr. 20.

² Kamerstukken II 2016/17, 29 689 en 32 620, nr. 806.

aanpak wordt de komende maanden nader uitgewerkt door betrokken partijen. Zoals in de brief van 21 mei 2018³ aangegeven, is het doel van deze aanpak de kwaliteits- en evaluatiecyclus van medisch en verpleegkundig handelen te verbeteren, gericht op effectieve, zinnige en doelmatige zorg.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de inzet van het kabinet op het besparen van kosten door meer samenwerking en verbeterde informatie-uitwisseling

De snelle groei van het aantal mensen met meerdere aandoeningen onderstreept het belang van een betere integratie van de zorgverlening binnen ziekenhuizen en een betere samenwerking tussen ziekenhuizen en huisartsen en wijkverpleegkundigen. We willen voorkomen dat deze mensen vaak onnodig worden doorverwezen en dat de vraag welke zorg iemand nodig heeft vanuit iedere discipline opnieuw besproken en beantwoord moet worden, met alle administratieve lasten die daarbij horen.

Dit vergt dat zorgverleners uit verschillende disciplines en uit verschillende sectoren met elkaar samenwerken rondom de behoefte van de patiënt. Op deze manier kan ook dubbele diagnostiek worden voorkomen en kan de noodzaak van behandeling in een breder geheel bekeken worden.

In de hoofdlijnenakkoorden zijn afspraken gemaakt over de ICT-infrastructuur die nodig is om ervoor te zorgen dat zorgverleners over de juiste informatie op het juiste moment kunnen beschikken. Doel is om zo snel als mogelijk, maar uiterlijk per 2019, een landelijk werkend netwerk te realiseren om gegevens tussen ziekenhuizen en klinieken onderling digitaal uit te wisselen.

Daarnaast is afgesproken dat in de opleidingen meer aandacht wordt besteedt aan multidisciplinair samenwerken door medisch specialisten onderling, met verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, physician assistants en professionals in de eerstelijns.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen naar de inkomenseffecten van deze wetswijziging voor de groep verzekerden die het eigen risico niet volmaakt en de betaalbaarheid van het basispakket.

Deze wetswijziging heeft een negatief inkomenseffect voor de groep volwassen verzekerden die het eigen risico niet volmaakt. Dit effect vindt plaats omdat de premie stijgt als gevolg van de bevroering van het eigen risico. Daar staat voor deze groep geen voordeel van lagere eigen betalingen tegenover. Dit wetsvoorstel is onderdeel van een pakket aan maatregelen om de stapeling van zorgkosten tegen te gaan voor mensen die veel zorg nodig hebben. Dat degenen die minder of geen zorg nodig hebben hierdoor meer gaan betalen, sluit aan op het element van solidariteit in de financiering van ons zorgstelsel.

De leden van de SP-fractie vragen om een verdere verlaging van het verplicht eigen risico. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om het eigen risico met minimaal € 100 te verlagen. Ook vragen zij of de regering zich bewust is van het draagvlak hiervoor in de samenleving en Kamer.

³ Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 905.

De financiering van zorg is in hoge mate gebaseerd op solidariteit van mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen. Met het voorgestelde niveau van het verplicht eigen risico wordt voor de komende periode een verantwoord evenwicht bereikt tussen de eigen financiële verantwoordelijkheid die van verzekerden gevraagd kan worden en het deel van de zorgkosten dat collectief gefinancierd wordt.

Uiteraard is het van belang om oog te blijven houden voor de financiële toegankelijkheid tot zorg voor alle verzekerden. Hiertoe zijn reeds verschillende maatregelen genomen. Een volledig overzicht van de maatregelen is 3 november 2016 aan uw Kamer gezonden⁴. Daarnaast zijn in het Regeerakkoord⁵ aanvullende maatregelen aangekondigd om de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning te verminderen. Dit is uitgewerkt in de brief aan uw Kamer van 17 november 2017⁶.

De leden van de SP-fractie vragen of de regering bereid is om de koppeling met de stijging van de zorgkosten uit de Zorgverzekeringswet te halen, vanwege de flexibiliteit die dit oplevert om het eigen risico verder te kunnen verlagen en om te voorkomen dat na deze regeerperiode het eigen risico fors verhoogd kan worden.

De regering laat met dit wetsvoorstel het bedrag van het verplicht eigen risico tot en met 2021 ongewijzigd. Met dit wetsvoorstel wordt de hoogte van het eigen risico na 2021 weer volgens de gebruikelijke indexering berekend. De regering beoogt geen verlaging van het verplicht eigen risico en is ook geen voorstander van het schrappen van de koppeling van het eigen risico aan de stijging van de zorgkosten. Het schrappen van die koppeling en de daaraan verbonden indexering bij ministeriële regeling levert bovendien geen flexibiliteit op. Het bedrag van het verplicht eigen risico zou dan in de Zorgverzekeringswet staan en alleen door middel van een wetswijziging aangepast kunnen worden.

De leden van de SP-fractie vragen de regering om uitleg over de uitspraak in de memorie van toelichting dat het vastzetten van het eigen risico «voordelig» uitpakt voor mensen die het eigen risico vol maken (47%).

Dit wetsvoorstel pakt voordelig uit voor mensen die het verplicht eigen risico zouden volmaken. Met dit wetsvoorstel wordt immers voorkomen dat het eigen risico stijgt naar € 445 in 2021. Zoals de tabel op pagina 2 van de memorie van toelichting laat zien, is het totale effect van dit wetsvoorstel positief voor mensen die het eigen risico volmaken. Het voordeel van het voorkomen van een stijging van het eigen risico is voor hen groter dan het nadeel van de hogere premie. Dit geldt zowel met als zonder zorgtoeslag.

Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

De leden van de VVD-fractie vragen naar de gevolgen voor de zorgtoeslag indien het eigen risico niet bevroren was.

Door dit wetsvoorstel valt de zorgtoeslag € 5 hoger uit in 2021. Zonder bevrozing van het verplicht eigen risico zou dit effect niet optreden.

De leden van de VVD-fractie vragen naar de effecten van de fixering van het verplicht eigen risico op het vrijwillig eigen risico.

⁴ Kamerstukken II 2016/17, 29 538, nr. 231.

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

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

De fixering van het verplicht eigen risico heeft verder geen consequenties voor het vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars behouden de mogelijkheid om dit aan te bieden.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom de zorgtoeslag met € 5 zal stijgen in 2021 en met welke bedrag voor de standaardpremie hierbij is gerekend.

Dit wetsvoorstel leidt tot een verschuiving in de financiering van de zorgverzekering. Tegenover de lagere betalingen aan verplicht eigen risico zal een even grote stijging van de nominale premie staan. Hierdoor blijft de standaardpremie gelijk. Daarnaast leidt dit wetsvoorstel tot € 130 miljoen hogere uitgaven vanwege een gedragseffect op het gebruik van zorg. Deze hogere zorguitgaven worden voor de helft gefinancierd via een hogere inkomensafhankelijke bijdrage en voor de helft via een hogere nominale premie. Het gedragseffect leidt op zichzelf tot een circa € 5 hogere nominale premie (€ 65 miljoen gedeeld door 14 miljoen volwassenen). Deze stijging van € 5 per volwassene leidt tot een even grote stijging van de standaardpremie en de zorgtoeslag.

De leden van de CDA-fractie vragen met welk bedrag de bestuursrechtelijke premie, voor verzekerden die vallen in de wanbetalersregeling, zal stijgen als gevolg van het bevriezen van het verplicht eigen risico.

De bestuursrechtelijke premie is de gemiddelde nominale premie plus een opslag van 25%. Dit wetsvoorstel leidt tot een € 34 hogere nominale premie in 2021. De bestuursrechtelijke premie zal dus € 43 hoger uitkomen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de stijging van de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) met 0,02 procentpunt daadwerkelijk wordt verwerkt of dat dit vanwege de afrondingsregels wegvalt.

De IAB wordt afgerond op 0,05 procentpunten. Dat verandert niet door dit wetsvoorstel. Er zijn dus twee mogelijkheden: dit wetsontwerp heeft geen gevolgen voor het IAB-percentage (omdat het percentage ondanks de verhoging met 0,02 procentpunt afgerond gelijk blijft) of het IAB-percentage komt door dit wetsontwerp net boven een afrondingsgrens uit en komt daardoor 0,05 procentpunt hoger uit. Uiteindelijk hangt het af van de stijging van de zorgkosten en de ontwikkeling van de grondslag op dat moment.

De leden van de D66-fractie vragen of het bekend is in hoeverre het extra zorggebruik dat verwacht wordt als gevolg van de ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico, noodzakelijke zorg betreft.

Onder de zorgverzekering valt de zorg waar de verzekerde uit medisch oogpunt behoefte aan heeft. Het verplicht eigen risico heeft onder meer tot doel dat verzekerden zich nog eens afvragen of het gebruik van zorg echt nodig is. Doordat de hoogte van het verplicht eigen risico tot en met 2021 ongewijzigd blijft, zal dit effect geringer zijn dan indien het eigen risico zou worden geïndexeerd op basis van de ontwikkeling van de uitgaven aan Zvw-zorg. Verondersteld kan worden dat als gevolg daarvan het extra zorggebruik zal bestaan uit zorg die minder noodzakelijk is.

De leden van de D66-fractie vragen naar de effecten op de zorguitgaven indien het eigen risico was verlaagd.

In de publicatie «Zorgkeuzes in Kaart (ZiK)» van het Centaal Planbureau (CPB)⁷ zijn verschillende varianten met betrekking tot het eigen risico doorgerekend. Bij een verlaging van het verplicht eigen risico wordt berekend dat de zorguitgaven als gevolg daarvan zullen stijgen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering het met hen eens is dat de kosten van de bevrozing van het eigen risico niet hoeven te worden doorberekend aan de burgers, maar dat deze ook kunnen worden gecompenseerd door de rijksbijdrage voor de zorgverzekeraars te verhogen.

Het financieren van een lager eigen risico uit een verhoging van de rijksbijdrage is binnen het huidige zorgstelsel geen reële optie. Dat zou een wijziging van de financieringswijze van de zorgverzekering betekenen. We hebben nu een goed werkend stelsel met privaatrechtelijke zorgverzekeraars, die de zorgverzekering voor eigen rekening en risico uitvoeren. Dit is concreet vormgegeven doordat ze naast hun bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds, zelf de kosten moeten dekken met de inkomsten uit de nominale premies, de eigen bijdragen en het eigen risico. In de verhouding tussen deze financieringsstromen kan niet worden geschoven door het toekennen van een hogere rijksbijdrage.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het eigen risico verder verlaagd zou moeten worden indien de nominale premie meer stijgt dan verwacht.

De gepresenteerde effecten in de memorie van toelichting betreffen de effecten op de nominale premie als gevolg van dit wetsvoorstel bovenop de premiestijging als gevolg van andere zaken zoals de stijging van de zorguitgaven. Het is inderdaad van belang dat de zorg voor iedereen betaalbaar blijft. Hiervoor dient onder andere de zorgtoeslag. Bij een premiestijging zal de zorgtoeslag meestijgen ter compensatie van huishoudens met een laag inkomen. Dit instrument is volgens het kabinet beter toegerust om de inkomenseffecten als gevolg van de nominale premie te compenseren dan het verplicht eigen risico, omdat de zorgtoeslag zich richt op alle huishoudens met een laag inkomen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het eigen risico in 2021 € 370 zal bedragen.

Dat is niet het geval. Deze wetswijziging zorgt ervoor dat het verplicht eigen risico tot en met 2021 gelijk blijft op € 385. In de oorspronkelijke raming zou het eigen risico in 2021 doorgroeien tot € 460. Door verschillende maatregelen uit het Regeerakkoord, zoals de Hoofdlijnenakkoorden en maatregelen bij genees- en hulpmiddelen wordt de groei van de Zvw-uitgaven ingeperkt. Deze maatregelen zorgen op zichzelf al voor een daling van het eigen risico van € 15 in 2021. Deze wetswijziging zorgt voor de overgebleven daling van € 445 naar € 385 in 2021.

De leden van de SP-fractie vragen waar de voorspelling op gebaseerd is dat het vastzetten van het eigen risico zal leiden tot extra zorggebruik en of het huidige eigen risico van € 385 niet reeds een prikkel is om geen gebruik te maken van zorg.

Eigen betalingen maken verzekerden bewust van de kosten van zorg. Hierdoor worden zij geprikkeld om af te zien van onnodige (en onnodige dure) zorg. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg. Van een hoger eigen risico gaat een grotere remmende werking uit. Daarom zal

⁷ Kamerstukken II 2014/15, 29 689 nr. 596.

het fixeren van het verplicht eigen risico naar verwachting leiden tot extra zorggebruik ten opzichte van de situatie waarin het eigen risico zou meestijgen met de totale uitgaven voor Zvw-zorg.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er überhaupt financiële prikkels gebruikt worden, aangezien dit volgens hen aan de medisch professional gelaten moet worden. Zij vragen daarbij of de huisarts niet voldoende is voor het bewaken van de toegang tot de duurdere tweedelijns zorg.

De huisarts vervult inderdaad een belangrijke poortwachtersfunctie tot (duurdere) vervolgzorg. Desalniettemin is de regering van mening dat aanvullend hierop het eigen risico bijdraagt aan de betaalbaarheid van de zorg. Van de verzekerde van 18 jaar of ouder die zorg gebruikt, mag naar de opvatting van de regering via het verplicht eigen risico een relatief beperkte financiële bijdrage worden gevraagd. Voorts wordt met het verplicht eigen risico bereikt dat verzekerden zich in een aantal gevallen nog eens afvragen of het gebruik van vervolgzorg echt nodig is. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de klacht vanzelf overgaat en de huisarts uit voorzorg een verwijzing of recept uitschrijft.

De leden van de SP-fractie vragen of de drempel tot de toegang tot de zorg niet alleen een kortetermijnoplossing is, omdat het op de lange termijn tot zwaardere ingrepen en duurdere zorg kan leiden.

Om dit negatieve effect te voorkomen is huisartsenzorg uitgezonderd van het eigen risico. Deze uitzondering dient ervoor te zorgen dat verzekerden zich niet belemmerd voelen om bij gezondheidsklachten hun huisarts te raadplegen. De huisarts vervult vervolgens een belangrijke poortwachtersfunctie tot vervolgzorg.

De leden van de SP-fractie vragen waarom er niet voor is gekozen om het vastzetten van het eigen risico te financieren uit algemene middelen.

Voor de beantwoording van deze vraag wordt verwezen naar de beantwoording van een soortgelijke vraag van de leden van de GroenLinks-fractie.

De leden van de SP-fractie vragen naar de aftopping van de inkomensafhankelijke bijdrage op een inkomen van € 54.614.

De inkomensafhankelijke bijdrage volgt de premiegrens van werknemersverzekeringen. Daardoor zijn de administratieve lasten van bedrijven lager en is de uitvoering van de belastingdienst eenvoudiger. Bij inkomensbeleid wordt doorgaans niet naar de individuele heffingen gekeken, maar naar het effect van alle heffingen samen. Nederland kent een progressief belastingstelsel en een systeem van sociale verzekeringen met een premiegrens. Samen zorgt dit ervoor dat hoge inkomens een groter deel van hun inkomen aan collectieve heffingen betalen dan lage inkomens.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de maatregelen die zorgen voor een beperking van de uitgavengroei voor de Zvw.

Hier wordt bedoeld op maatregelen uit het Regeerakkoord, zoals het sluiten van Hoofdlijnenakkoorden en verschillende maatregelen op het gebied van genees- en hulpmiddelen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen naar de grootte van de verschillende groepen uit de tabel op pagina 2 van de memorie van toelichting.

Het aandeel verzekerden dat het eigen risico volmaakt in een jaar bedraagt circa 47%. Het aandeel huishoudens dat zorgtoeslag ontvangt bedraagt circa 48%. In hoeverre deze groepen overlappen is moeilijk te zeggen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering binnen het huidige publiek-private zorgstelsel mogelijkheden ziet om de financieringssystematiek van de Zvw zodanig aan te passen, dat het ongewijzigd laten van het eigen risico niet automatisch leidt tot een stijging van de nominale premie.

Voor de beantwoording van deze vraag wordt verwezen naar de beantwoording van een soortgelijke vraag van de leden van de GroenLinks-fractie.

Financiële gevolgen

De leden van de D66-fractie vragen naar de berekeningssystematiek van het eigen risico in 2022 en op welke wijze getracht wordt te voorkomen dat de kosten na de looptijd van de wet ineens fors zullen stijgen.

Vanaf 2022 wordt het verplicht eigen risico weer volgens de gebruikelijke systematiek die tot 2018 is toegepast geïndexeerd. Dit betekent dat het eigen risico wordt geïndexeerd afhankelijk van de ontwikkeling van de zorgkosten ten opzichte van het voorgaande jaar. Voor het verplicht eigen risico in 2022 gaat het dus om de verhouding tot de zorgkosten in 2021. Mede met het oog op het beheersen van de zorgkosten worden de hoofdlijnenakkoorden afgesloten voor de periode tot en met 2022. Er zal in ieder geval geen sprake zijn van een inhaalslag waarbij een vergelijking wordt gemaakt met de zorgkosten in 2017.

Consultatie

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de regering het met hen eens is dat een verzekerde er in veel gevallen niet zelf voor kiest om zorgbehoevend te zijn en daarom niet financieel verantwoordelijk zou moeten zijn voor de benodigde zorg.

Anders dan deze leden is de regering van mening dat van verzekerden die gebruik maken van zorg die deel uitmaakt van het basispakket, ook enige eigen financiële verantwoordelijkheid mag worden gevraagd in de vorm van het verplicht eigen risico. De zorgkosten hoeven niet volledig en uitsluitend door de premiebetalers te worden gedragen. Van de verzekerde van 18 jaar of ouder die zorg gebruikt, mag naar de opvatting van de regering via het verplicht eigen risico ook een relatief beperkte financiële bijdrage worden gevraagd. Zonder verplicht eigen risico zou de nominale premie aanzienlijk hoger uitvallen. Het draagvlak voor de solidariteit binnen ons zorgstelsel vanuit de premiebetalers die zelf nauwelijks zorgkosten hebben zou hierdoor in gevaar kunnen komen. Voorts wordt met het verplicht eigen risico bereikt dat verzekerden zich in een aantal gevallen nog eens afvragen of het gebruik van zorg echt nodig is. Bovendien worden verzekerden met een laag inkomen via de zorgtoeslag gecompenseerd voor het verplicht eigen risico. Tenslotte wordt in dit verband opgemerkt dat de eigen betalingen voor Zvw-zorg in Nederland in vergelijking met omliggende landen relatief laag zijn.

De leden van de Groenlinks-fractie vragen of hun zorgen worden gedeeld dat een zorgbehoevende bij het huidige niveau van het eigen risico zorg gaat mijden.

In 2015 heeft het Nivel een uitgebreid onderzoek naar zorgmijding uitgevoerd⁸. Dit onderzoek laat zien dat de stijging van het verplicht eigen risico in de afgelopen jaren niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Desalniettemin is het onwenselijk als verzekerden vanwege financiële redenen zouden afzien van noodzakelijke zorg. Daarom zijn reeds verschillende maatregelen genomen om dit te voorkomen. Een volledig overzicht van deze maatregelen is 3 november 2016 aan uw Kamer gezonden⁹.

Overig

De leden van de D66-fractie vragen naar de opmerkingen van de Raad van State over het generieke karakter van de maatregel en hoe de solidariteit met deze maatregel wordt vergroot.

De Raad van State merkt op dat vanwege het generieke karakter van de maatregel meer verzekerden worden bereikt dan alleen de verzekerden waarvoor de betaalbaarheid van zorg door indexatie van het verplicht eigen risico gelet op hun inkomen problematisch zou worden. Zoals de tabel op pagina 2 van de memorie van toelichting laat zien profiteert iedereen die zijn eigen risico volmaakt van deze maatregel. Daar staat tegenover dat mensen die hun eigen risico niet volmaken er vanwege de stijging van de nominale premie op achteruit gaan. Op die manier levert dit wetsvoorstel een versterking op van de solidariteit van verzekerden met geen of lage zorgkosten met verzekerden die veel kosten maken. De Raad merkt ook op dat niet alleen verzekerden worden bereikt die met een stapeling van eigen betalingen worden geconfronteerd. In dit verband is van belang dat dit wetsvoorstel onderdeel is van een reeks van gerichte maatregelen om de stapeling van eigen betalingen te beperken. Dit pakket aan maatregelen is toegelicht in de brief aan uw Kamer van 17 november 2017¹⁰. In samenhang bezien, leiden deze maatregelen ertoe dat de stapeling van eigen betalingen wordt verminderd.

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

⁸ Kamerstukken II 2015/16, 29 689 nr. 664.

⁹ Kamerstukken II 2016/17, 29 538, nr. 231.

¹⁰ Kamerstukken II 2017/18, 34 104, nr. 199.