

Vergaderjaar 2023–2024

36 357

Wijziging van een aantal wetten op het terrein van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Verzamelwet VWS 2023)

Nr. 21

GEWIJZIGD AMENDEMENT VAN HET LID DIJK TER VERVANGING VAN DAT GEDRUKT ONDER NR. 13

Ontvangen 22 maart 2024

De ondergetekende stelt het volgende amendement voor:

I

In artikel V wordt na onderdeel A een onderdeel ingevoegd, luidende:

Aa

Artikel 68a, vierde lid, onderdeel e, subonderdeel 2, komt te luiden:

2°. de vaststelling van eigen bijdragen of van bij een aanvullende ziektekostenverzekering openstaand eigen risico,.

II

In artikel IX worden voor onderdeel A acht onderdelen ingevoegd, luidende:

0A

In artikel 1 vervallen de onderdelen g en h.

1A

Artikel 3, vierde lid, onderdeel b, onder 2°, komt te luiden:

2°. Het niet betalen van de verschuldigde premie, bedoeld in artikel 17.

2A

In artikel 9, tweede lid, wordt de puntkomma aan het slot van onderdeel d vervangen door een punt en vervalt onderdeel e.

3A

In artikel 9d, derde lid, vervalt «, maar zonder vrijwillig eigen risico».

4A

Artikel 17 komt te luiden:

Artikel 17

1. De zorgverzekeraar stelt voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt, de premie vast en neemt deze in de modelovereenkomst op.

2. De premie is gelijk voor varianten die wat betreft de te verzekeren prestaties als bedoeld in artikel 11, eerste lid, of de keuzemogelijkheden tussen aanbieders van zorg of van overige diensten als bedoeld in dat lid, niet van elkaar verschillen.

3. Indien de zorgverzekeraar gebruik maakt van zijn bevoegdheid, bedoeld in artikel 11, vijfde lid, is de premie gelijk aan de premie die hij heeft of zou hebben vastgesteld voor een modelovereenkomst met volledige dekking.

4. De zorgverzekeraar neemt de door de verzekeringnemer verschuldigde premie in de zorgpolis op.

5. Een wijziging in de premie treedt niet eerder in werking dan zeven weken na de dag waarop deze aan de verzekeringnemer is medegedeeld.

5A

In artikel 18aa, eerste lid, vervalt «en, voor zover de zorgtoeslag of het voorschot daarop dan nog toereikend is, het eigen risico,».

6A

Paragraaf 3.4 vervalt.

7A

In artikel 23 vervallen het tweede en derde lid alsmede de aanduiding «1.» voor het eerste lid.

III

In artikel IX worden na onderdeel A twee onderdelen ingevoegd, luidende:

Aa

Artikel 39, tweede lid, onderdeel b, komt te luiden:
b. de rijksbijdragen, bedoeld in de artikelen 54 en 54a.

Ab

Na artikel 54 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 54a

1. Onverminderd artikel 54 verleent Onze Minister jaarlijks aan het Zorgverzekeringsfonds een bijdrage in de financiering van de zorgverzekering gelijk aan 5,5% van de bij ministeriële regeling te bepalen kosten van het aanbieden en uitvoeren van de zorgverzekeringen.

2. Artikel 54, derde lid, is van overeenkomstige toepassing.

IV

3. In artikel IX wordt na onderdeel B, een onderdeel ingevoegd, luidende:

Ba

In artikel 87, zesde lid, onderdeel e, subonderdeel 2, wordt «of nog openstaand verplicht of vrijwillig eigen risico» vervangen door «of van bij een aanvullende ziektekostenverzekering openstaand eigen risico».

V

Aan artikel IX wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:

D

In artikel 124, eerste lid, vervalt «19, vierde en zesde lid, 21».

VI

Na artikel XVII wordt een artikel ingevoegd, luidende:

ARTIKEL XVIIIA

In artikel 6.18, eerste lid, van de Wet inkomstenbelasting 2001 vervalt onderdeel f.

VII

In artikel XIX worden na onderdeel A twee onderdelen ingevoegd, luidende:

Aa

In artikel 1, eerste lid, onderdeel e, vervalt «en in het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 19 van de Zorgverzekeringswet».

Ab

In artikel 2, derde lid, wordt het percentage van het drempelinkomen voor een verzekerde met partner met 1,640 procentpunt verminderd en wordt het percentage van het drempelinkomen voor een verzekerde zonder partner met 0,820 procentpunt verminderd.

VIII

In artikel XIX wordt na onderdeel B een onderdeel ingevoegd, luidende:

Ba

In artikel 4 wordt «die wordt gevormd door de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar te vermeerderen met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in dat jaar betaalt ingevolge artikel 19 van de Zorgverzekeringswet» vervangen door «op de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar».

IX

Na artikel XX worden twee artikelen ingevoegd, luidende:

ARTIKEL XXA

Artikel VIII van de Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering) (Stb. 2009, 356) vervalt.

ARTIKEL XXB

De artikelen 1, onderdelen g en h, 9, tweede lid, onderdeel e, 18aa, eerste lid, paragraaf 3.4, artikel 23, tweede en derde lid, en 87, zesde lid, onderdeel e, subonderdeel 2, van de Zorgverzekeringswet alsmede de daarop gebaseerde bepalingen, en artikel 6.18, eerste lid, onderdeel f, van de Wet inkomstenbelasting 2001 zoals deze luiden in de jaren voorafgaande aan het jaar met ingang waarvan op grond van artikel IX van deze wet paragraaf 3.4 van de Zorgverzekeringswet is vervallen, blijven van toepassing voor in die jaren gemaakte kosten voor op grond van die wet verzekerde zorg of overige diensten.

X

Aan artikel XXI wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. In afwijking van het eerste lid treden de artikelen V, onderdeel Aa, IX, onderdelen 0A tot en met 7A, Aa, Ab, Ba en D, XVIIA, XIX, onderdelen Aa, Ab en Ba, XXA en XXB met ingang van 1 januari 2025 in werking.

Toelichting

Het eigen risico is een boete op ziek zijn. Mensen kiezen er niet voor om zorg nodig te hebben, maar worden er wel tot € 385 voor beboet. Indiener vindt dit onrechtvaardig. Bovendien leidt het eigen risico regelmatig tot zorgmijding, waardoor mensen noodzakelijke zorg gaan mijden, wat vaak ook nog eens resulteert in hogere zorgkosten op de langere termijn. Daarnaast creëert het vrijwillig eigen risico een mogelijkheid voor mensen die weinig zorg gebruiken om zich gedeeltelijk te onttrekken aan de solidariteit binnen de Zorgverzekeringswet. Bovendien stelt het mensen die er gebruik van maken bloot aan een groter financieel risico, omdat zij geconfronteerd kunnen worden met hogere eigen betalingen, op het moment dat zij onverwacht toch zorg nodig hebben. Om deze redenen stelt indiener met dit amendement voor om zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico af te schaffen. Daarom regelt dit amendement dat zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico per 1 januari 2025 wordt afgeschaft.

Door de afschaffing van het eigen risico moet de € 3,4 miljard die de zorgverzekeraars momenteel hiermee binnenhalen op een andere manier worden gefinancierd. Indiener gaat echter niet mee in de redenering dat de afschaffing van het eigen risico zou leiden tot hoger zorggebruik (het zogeheten «remgeldeffect»). Mensen kiezen er namelijk niet voor om ziek te worden en hebben dus meestal helemaal geen keuze of zij zorg nodig hebben. Wanneer zij wel zorg nodig hebben en ervoor kiezen deze vanwege het eigen risico te mijden zorgt dit er vaak voor dat zij later alsnog (duurdere) zorg nodig hebben. Bovendien kunnen mensen helemaal niet zomaar onnodig zorg gebruiken, aangezien ze voor de

meeste typen zorg waar het eigen risico voor geldt eerst een doorverwijzing van de huisarts nodig hebben.

Zonder verdere dekking zou het wegvallen van het eigen risico zorgen voor een hogere nominale premie. Dat acht indiener echter onwenselijk, aangezien de hoge zorgpremie nu al voor veel mensen een zware last is. Daarom stelt indiener voor om de € 3,4 miljard aan inkomsten die verzekeraars mislopen door de afschaffing van het eigen risico alsmede de € 0,4 miljard die zij zouden mislopen omdat het afschaffen van het eigen risico ook leidt tot verlaging van de rijksbijdrage voor de zorgverzekering voor verzekerden die jonger zijn dan achttien jaar, te dekken via een extra rijksbijdrage. Deze bijdrage wordt vastgesteld op 5,5% van de totale uitgaven van de Zorgverzekeringswet, aangezien dit naar verwachting grofweg het aandeel is van het eigen risico in de financiering van de Zorgverzekeringswet in 2025. Daarbij moet worden opgemerkt dat € 0,4 miljard daarvan budgetneutraal is, omdat die tegelijkertijd wegvalt bij de rijksbijdrage voor de zorgverzekering voor verzekerden die jonger zijn dan achttien jaar. Aangezien indiener het onwenselijk acht om deze bijdrage te financieren door te bezuinigen op zaken op de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport moet dit amendement gedekt worden door extra inkomsten. Indiener wijst hierbij bijvoorbeeld op de mogelijkheid om dit geld op te halen via de invoering van een miljonairstaks of verhoging van de vennootschapsbelasting. Zo zou de invoering van een brede vermogensbelasting van 1% met een vrijstelling van € 1 miljoen een geschatte opbrengst hebben van € 3,6 miljard.¹ De precieze invulling van de dekking kan echter pas worden geregeld in het Belastingplan 2025.

Het afschaffen van het eigen risico heeft daarnaast invloed op de hoogte van de zorgtoeslag. Artikel 2, eerste lid, van de Wet op de zorgtoeslag bepaalt dat de zorgtoeslag gelijk is aan de standaardpremie minus de normpremie. De normpremie wordt bepaald aan de hand van een vastgesteld percentage van het drempelinkomen (108% van twaalf keer het minimummaandloon), plus een bepaald percentage van het inkomen boven het drempelinkomen. In artikel 4 van deze wet is daarnaast bepaald dat de standaardpremie ieder jaar wordt vastgesteld door «de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar te vermeerderen met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting in dat jaar betaalt ingevolge artikel 19 van de Zorgverzekeringswet», waarbij artikel 19 van de Zorgverzekeringswet slaat op het verplicht eigen risico. Aangezien artikel 19 van de Zorgverzekeringswet met dit amendement wordt afgeschaft, zou dit er zonder wijziging van de Wet op de zorgtoeslag voor zorgen dat ook de zorgtoeslag zou dalen met het bedrag dat gemiddeld wordt betaald aan verplicht eigen risico. Op dit moment gaat dit om een bedrag van circa € 235 per persoon (geraamd bedrag voor het jaar 2024).

Dit zou echter betekenen dat mensen die recht hebben op zorgtoeslag en minder dan het gemiddelde bedrag aan verplicht eigen risico betalen er financieel op achteruit gaan. Indiener acht dit onwenselijk, aangezien dit een inkomensverlies tot wel € 235 op jaarbasis zou betekenen. Dat zou een relatief groot effect zijn, aangezien het bij de zorgtoeslag gaat om een groep die bestaat uit mensen met een relatief laag inkomen. Daarom voorkomt dit amendement dat de afschaffing van het verplicht eigen risico leidt tot een verlaging van de zorgtoeslag. Daartoe past deze wet de percentages van het drempelinkomen waarop de normpremie voor de

¹ IBO Vermogensverdeling, 2022, Bijlage 15 Fichebundel, p. 118 e.v., opvraagbaar via <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-72b3fd4d769f6384f1e9a4ed5e77d3afae84ca8d/pdf>

zorgtoeslag gebaseerd wordt aan, door een wijziging van artikel 2, derde lid, van de Wet op de zorgtoeslag. Deze worden verlaagd van 4,271% naar 2,631% voor mensen met een partner en van 1,894% naar 1,074% voor alleenstaanden. Hierdoor krijgen mensen die recht hebben op zorgtoeslag ongeveer evenveel zorgtoeslag als voor de afschaffing van het eigen risico. Deze aanpassing geldt in ieder geval voor het jaar van invoering van dit amendement via het voorliggende wetsvoorstel. Het is de intentie van de indiener dat deze verlaging voor de jaren daarna via een wijziging van het Besluit percentages drempel- en toetsingsinkomen zorgtoeslag structureel wordt gemaakt. Daar moet echter de Minister het initiatief toe nemen.

De aanpassing van de zorgtoeslag is in principe budgetneutraal, aangezien de voorgestelde wijziging van de systematiek enkel bedoeld is om het effect van het afschaffen van het eigen risico te compenseren.

Dijk