

**Voorstel van wet van het lid Hijink tot wijziging van de
Zorgverzekeringswet en enkele andere wetten in verband met
het afschaffen van het verplicht en het vrijwillig eigen risico**

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. ALGEMEEN

1. Inleiding

Het verplicht eigen risico binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorgt ervoor dat de kosten van de zorg voor een groter deel worden gedragen door mensen die veel zorg nodig hebben. Dit maakt dat mensen die met meer gezondheidsproblemen kampen ook nog eens financieel een zwaardere last dragen dan mensen die het geluk hebben gezond te zijn. Het is daarmee praktisch een boete op ziek zijn. Dit is oneerlijk, aangezien mensen met gezondheidsproblemen maar een beperkte invloed hebben op hoeveel zorg zij nodig hebben.

Het verplicht eigen risico is daarnaast ook een prikkel voor mensen om noodzakelijke zorg te mijden, aangezien dit hen op korte termijn geld bespaart. Uit cijfers van het NIVEL¹ blijkt bijvoorbeeld dat 9% van de mensen in 2019 zorg meed vanwege de kosten. Op de langere termijn kan deze zorgmijding er echter voor zorgen dat medische problemen niet op tijd worden behandeld. Hierdoor vindt niet alleen voorkombare gezondheidsschade plaats, maar moeten er ook duurdere medische ingrepen worden gedaan. Het eigen risico leidt dus tot een oneerlijke verdeling van zorgkosten, zorgmijding, verergering van gezondheidsproblemen en duurdere behandelingen.

Daarnaast creëert het vrijwillig eigen risico een mogelijkheid voor mensen die weinig zorg gebruiken om zich gedeeltelijk te onttrekken aan de solidariteit binnen de Zvw. 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 initiatiefnemer met dit wetsvoorstel voor om zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico af te schaffen.

2. Geschiedenis van het eigen risico

Toen de Zvw in 2006 in werking trad bestond er nog geen verplicht eigen risico, enkel een vrijwillig eigen risico. Wel werd toen een no-claim-regeling ingevoerd, waarbij mensen per jaar een bedrag van maximaal € 255 terugkregen als ze weinig of geen zorg nodig hadden gehad. In 2008 werd deze regeling vervangen door het huidige verplicht eigen risico, dat destijds werd vastgesteld op € 150 per jaar, waarbij dat bedrag jaarlijks zou worden geïndexeerd.² De motivatie daarvoor was destijds dat de no-claim regeling een kleiner

¹ Meijer, M., Brabers, A., Victoor, A., Jong, J. de. Feitenblad. Negen procent van de mensen ziet af van zorg vanwege de kosten: er is sprake van een daling in de periode 2016-2019. Utrecht: Nivel, 2020.

² *Kamerstukken II*, 31094, nr. 2, Stb. 2007, 490.

remmend effect had en lastiger te combineren was met het vrijwillig eigen risico.³ Daarnaast noemde de regering ook de maatschappelijke onvrede over “het feit dat chronisch zieken en gehandicapten door middel van de no-claimopslag in de nominale premie meebetalen aan de no-claimteruggave voor gezonde verzekerden terwijl zijzelf waarschijnlijk nooit voor een no-claimteruggave in aanmerking komen” als reden voor de wijziging. In de drie jaar daarna is het verplicht eigen risico steeds met een beperkt bedrag verhoogd. In 2012 en 2013 is het vervolgens in twee grote stappen verhoogd naar eerst € 220⁴ en vervolgens € 350⁵ per jaar. Hierna is het jaarlijks geïndexeerd tot een uiteindelijk bedrag van € 385 vanaf 2016.

In 2017 is besloten om het eigen risico te bevriezen op € 385 en dit dus niet mee te laten stijgen met de stijging van de zorgkosten.⁶ Vervolgens heeft de regering via een door beide Kamers aanvaarde wetswijziging⁷ geregeld dat het eigen risico ook in de periode 2018-2021 niet zou worden verhoogd. Destijds werd de bevriezing van het eigen risico gemotiveerd vanuit de gedachte dat de stapeling van eigen betalingen in de zorg en ondersteuning verminderd diende te worden. De regering stelde zo te willen borgen dat “zorgkosten die voor eigen rekening komen betaalbaar blijven voor mensen die (binnen het gezin) zorg en ondersteuning uit meerdere domeinen ontvangen en daardoor met meerdere eigen bijdragen worden geconfronteerd”.⁸ Eigen betalingen in de zorg en ondersteuning zouden er niet toe mogen leiden dat mensen om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of ondersteuning. In juni 2021 heeft de Tweede Kamer met het aannemen van de motie-Kwint c.s.⁹ verzocht om ook voor 2022 het eigen risico te bevriezen op € 385. Naar aanleiding hiervan heeft het kabinet Rutte III dit wederom via een wetsvoorstel¹⁰ voorgesteld. Die wet is intussen in werking getreden. Nadat hier in het coalitieakkoord van het kabinet Rutte IV afspraken over waren gemaakt is vervolgens ook het eigen risico bevroren voor de jaren 2023, 2024 en 2025.¹¹

3. Doel wetsvoorstel

De initiatiefnemer van dit wetsvoorstel stelt vast dat de principes die ten grondslag liggen aan het eigen risico (kostenbewustzijn en remgeld) niet langer standhouden nu de Kamer reeds meerdere keren heeft onderkend dat de stapeling van zorgkosten niet neergelegd mag worden bij mensen die de pech hebben ziek te worden.

Om deze redenen stelt initiatiefnemer voor om het eigen risico af te schaffen. Dit geldt zowel voor het verplicht eigen risico als voor het vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico verplicht mensen weliswaar niet tot het aangaan van een groter risico op zorgkosten – het is ten slotte vrijwillig – maar kan toch ook negatieve effecten met zich mee brengen. Ten eerste geeft de mogelijkheid om een hoger eigen risico te kiezen in ruil voor een lagere premie mensen met weinig zorgkosten de mogelijkheid zich deels te onttrekken aan de solidariteit met mensen met een hogere zorgbehoefte. Aangezien zorgbehoefte voor slechts een klein deel te beïnvloeden is door individuele keuzes acht initiatiefnemer dit onwenselijk. Ten tweede

³ *Kamerstukken II* 31094, nr. 3.

⁴ *Kamerstukken II*, 32788, nr. 2, Stb. 2011, 591 en Stcrt. 2011, 23077.

⁵ *Kamerstukken II*, 33288, nr. 2, Stb. 2012, 381.

⁶ *Kamerstukken II*, 2017/18, 34792, nr. 2, Stb. 2017, 356.

⁷ *Kamerstukken II*, 2017/18, 34929, nr. 2, Stb. 2018, 337.

⁸ *Kamerstukken II*, 2017/18, 34929, nr. 3, p. 1

⁹ *Kamerstukken II*, 2020/21, 25295, nr. 1307.

¹⁰ *Kamerstukken II*, 2020/21, 35905, nr. 2, Stb. 2021, 458.

¹¹ *Kamerstukken II*, 36135, nr. 2, Stb. 2022, 327.

kunnen mensen door het vrijwillig eigen risico tegen hun verwachting in alsnog voor hoge rekeningen komen te staan, indien zij verwachtten geen zorg nodig te hebben, maar bijvoorbeeld uiteindelijk toch een grote ingreep nodig hebben.

4. Hoofdpijnen voorstel

Het wetsvoorstel regelt de afschaffing van het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico binnen de Zvw. Om dit te bereiken moeten de artikelen 19, 20, 21 en 22 uit die wet worden geschrapt. Ook moeten enkele andere wijzigingen doorgevoerd worden om ongewenste effecten met betrekking tot de betaalbaarheid van de premie te voorkomen.

De kosten van zorg die niet langer uit het verplicht eigen risico betaald worden, dienen op een andere wijze te worden gedekt. Indien er geen verdere wijzigingen zouden worden doorgevoerd in de Zvw zou het afschaffen van het eigen risico automatisch worden gedekt door een hogere nominale premie. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten. De helft van de zorgkosten wordt op grond van artikel 45, vierde lid, van de Zvw betaald uit inkomensafhankelijke bijdragen (IAB), zoals tabel 1 laat zien. De andere helft wordt betaald uit de optelsom van hoofdzakelijk nominale premies, het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen. Dat betekent dat in het huidige systeem tegenover een lager verplicht eigen risico automatisch een hogere nominale premie staat. Een stijging van de nominale premie acht initiatiefnemer echter onwenselijk, aangezien dit de reeds hoge zorguitgaven van lage- en middeninkomensgroepen verder zou verhogen. Dit zou weliswaar voor een deel van deze groepen worden gecompenseerd via de zorgtoeslag, maar zou alsnog een substantieel negatief effect hebben op de inkomensgroepen die daar net boven zitten.

Daarom stelt initiatiefnemer voor om de financieringssystematiek van de Zvw te wijzigen. Het aandeel van de financiering van de inkomensafhankelijke bijdrage wordt daarbij verhoogd van 50% naar 53%, waarbij de aftoppingsgrens wordt afgeschaft zodat de allerhoogste inkomens of hun werkgevers hun eerlijke deel gaan bijdragen. Daarnaast wordt er een extra rijksbijdrage van 4% geïntroduceerd. Hierdoor daalt het aandeel van de nominale premie en de rijksbijdrage kinderen naar 43%, waardoor de nominale premie niet hoeft te stijgen, maar zelfs licht kan dalen bij gelijkblijvende zorguitgaven.

Tabel 1 Huidige financiering Zvw

	2022 (in mrd €)	2022 (in %)
Nominale premie + eigen risico + rijksbijdrage kinderen	27,7	50,5%
<i>Nominale premie</i>	21,7	78,3% ¹
<i>Eigen risico</i>	3,2	11,6% ¹
<i>Rijksbijdrage kinderen</i>	2,8	10,1% ¹
Inkomensafhankelijke bijdrage	27,1	49,4% ²
Totaal	54,9	100% ³

¹ De percentages die staan genoemd bij de nominale premie, eigen risico en rijksbijdrage kinderen slaan op hun deel van het totaal dat deze drie posten bij elkaar opbrengen, niet van de totale financiering van de Zvw.

² Hoewel wettelijk is bepaald dat de inkomensafhankelijke bijdrage 50% van de Zvw financiert, kan het werkelijke percentage in de praktijk licht afwijken.

³ De percentages tellen door afronding niet precies op tot 100%.

5. Overwogen alternatieven

Er zijn alternatieven mogelijk om de problemen van een onrechtvaardige verdeling van zorgkosten en onwenselijke zorgmijding aan te pakken, maar die zijn geen van alle in staat dit probleem volledig weg te nemen. De meest voor de hand liggende alternatieve oplossingen zijn verdere bevrozing van het verplicht eigen risico, verlaging van het verplicht eigen risico, hervorming van het eigen risico, het inkomensafhankelijk maken van het verplicht eigen risico en specifieke tegemoetkomingen voor mensen met een laag inkomen.

Bevrozing van het verplicht eigen risico

In het verleden is er een aantal keer voor gekozen om het verplicht eigen risico te bevrozen en hiermee dus te ontkoppelen van de stijging van de zorgkosten. Dit heeft het voordeel dat de negatieve effecten, zoals het stimuleren van ongewenste zorgmijding, niet verder toenemen. Echter blijven deze effecten hiermee wel bestaan, waardoor dit niet een even effectieve oplossing is als volledige afschaffing.

Verlaging van het eigen risico

Een iets verdergaand alternatief dan bevrozing is verlaging van het eigen risico. Dat kan zowel voor het verplicht eigen risico als voor het maximale vrijwillig eigen risico. Het voordeel hiervan is dat de negatieve effecten worden verkleind, maar net zoals bij bevrozing blijven deze alsnog bestaan.

Hervorming van het eigen risico

Er kan ook voor worden gekozen om het eigen risico te hervormen, waardoor mensen bijvoorbeeld niet het volledige eigen risico kwijt zijn na één behandeling. Dit zou zowel positieve als negatieve effecten hebben. Aan de éne kant worden mensen die de pech hebben zorg nodig te hebben niet in één keer geconfronteerd met een enorme rekening. Dit zou ook de groep kunnen verkleinen die zorg mijdt uit angst voor het eigen risico. Aan de andere kant moeten mensen nog steeds bijbetalen voor medisch noodzakelijke zorg en zijn mensen die vaker zorg nodig hebben vaak alsnog het volledige eigen risico kwijt. Bovendien kunnen mensen hierdoor ook vaker een onwenselijke prikkel tot zorgmijding ervaren. Nu verdwijnt deze prikkel namelijk vaak al na één behandeling, maar na hervorming van het eigen risico zou deze ook bij behandelingen daarna kunnen optreden. Onderaan de streep heeft zo'n hervorming dus niet dezelfde positieve effecten als volledige afschaffing.

Inkomensafhankelijk verplicht eigen risico

Om de negatieve effecten van het eigen risico te verminderen of zelfs weg te halen voor lage inkomens, maar de prikkel om minder zorg te gebruiken in stand te houden voor hogere inkomens wordt soms gepleit voor een inkomensafhankelijk eigen risico. Hierbij betalen lagere inkomens geen (of een lager) eigen risico en loopt het eigen risico op naarmate het inkomen toeneemt. Het voordeel daarvan is dat de mensen worden ontzien voor wie zowel de prikkel om zorg te mijden als de financiële last het zwaarst wegen. De lasten worden dan meer neergelegd bij de hogere inkomens, conform de logica van de solidariteit van rijk naar arm. Het probleem hiermee is echter dat de solidariteit tussen mensen met een hoge zorgvraag en een lage zorgvraag alsnog wordt aangetast. Initiatiefnemer acht dit onwenselijk, aangezien ook mensen met een hoog- of middeninkomen er niet voor kiezen om zorg nodig te hebben. Het is dus nog steeds onrechtvaardig om hen hiervoor te beboeten. Het eigen risico is daarom naar de mening van de initiatiefnemer niet het juiste middel om de solidariteit tussen rijk en arm te organiseren. Het is logischer om dit te doen via instrumenten die mensen met een hoge

en een lage zorgvraag evenredig raken, zoals de inkomensafhankelijke bijdrage en/of (gedeeltelijke) fiscalisering van de Zvw-uitgaven.

Specifieke tegemoetkomingen voor mensen met een laag inkomen

Een ander alternatief om de negatieve effecten van het eigen risico te verzachten is het invoeren of uitbreiden van specifieke tegemoetkomingen voor mensen met een laag inkomen. Hierbij zou de systematiek van het eigen risico in stand blijven en zou het eigen risico dus meestijgen met de zorgkosten, maar worden mensen met een laag inkomen ondersteund in de kosten hiervan. In verscheidene gemeenten wordt hier bijvoorbeeld de bijzondere bijstand voor gebruikt. Deze aanpak is echter complexer en minder effectief dan afschaffing van het eigen risico. In principe zijn de effecten voor mensen met een laag inkomen vergelijkbaar met die van een inkomensafhankelijk eigen risico, maar dan met een grotere administratieve druk. Mensen moeten immers eerst zelf het eigen risico betalen en dit dan vervolgens weer via specifieke regelingen (deels) terugkrijgen. Een andere tekortkoming van dit alternatief is het feit dat de problemen van het eigen risico voor mensen met een middeninkomen blijven bestaan. Bovendien is een lokale regeling in deze een onlogische oplossing, aangezien er hierdoor aanzienlijke verschillen tussen gemeenten kunnen bestaan. Indien er zou worden gekozen voor een landelijke regeling blijven de overige bovengenoemde problemen echter nog steeds aanwezig.

6. Financieringsmaatregelen

Om de afschaffing van het eigen risico te financieren worden enkele maatregelen voorgesteld. Hieronder worden deze wijzigingen toegelicht.

Wijzigingen inkomensafhankelijke bijdragen

Om te voorkomen dat de nominale premies als gevolg van dit initiatiefwetsvoorstel stijgen wordt tevens artikel 45, vierde lid, van de Zvw aangepast, zodat de samenstelling van de inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds en de zorgverzekeraars wordt gewijzigd. Nu is daarin bepaald dat 50% “van de som van bij ministeriële regeling te bepalen, ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds of van de zorgverzekeraars komende inkomsten” afkomstig is van de inkomensafhankelijke bijdrage. Dit percentage van 50% wordt door dit wetsvoorstel verhoogd naar 53%. Verder stelt de initiatiefnemer voor om de toename van de inkomensafhankelijke bijdrage voor lage en middeninkomensgroepen die de IAB zelf betalen te beperken door de aftoppingsgrens af te schaffen. Deze aftoppingsgrens houdt in dat de IAB enkel hoeft te worden betaald over het inkomen tot een bepaald maximumbedrag. Voor 2023 is deze grens vastgesteld op € 66.956. Over alle inkomsten boven dit bedrag hoeft momenteel dus geen IAB betaald te worden. Om dit te wijzigen schrapt dit wetsvoorstel de in artikel 42 opgenomen wettelijke grondslag voor een ministeriële regeling die de aftoppingsgrens vaststelt. Ten slotte wordt een wijziging voorgesteld waardoor 4% van het op grond van de Zvw benodigde budget afkomstig dient te zijn uit de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Deze rijksbijdrage komt te staan naast de rijksbijdrage voor de zorgkosten van kinderen tot 18 jaar. Dit deel wordt dus uiteindelijk via de belastingen betaald. Hiermee zou het verlies van de inkomsten van het eigen risico worden opgevangen, waardoor een stijging van de nominale premie niet noodzakelijk is bij gelijkblijvende zorgkosten.

Aanvullende middelen VWS-Begroting

Om te voorkomen dat de extra bijdrage uit de Begroting van VWS zorgt voor tekorten op andere plekken binnen de Begroting van dit Ministerie stelt initiatiefnemer voor om dit te compenseren via een additionele bijdrage aan deze begroting vanuit de algemene middelen. Deze additionele bijdrage vanuit de algemene middelen kan echter niet direct worden geregeld in dit voorstel van wet. Dit zal moeten worden gebeuren via de begroting voor het jaar van inwerkingtreding. Initiatiefnemer kan zich voorstellen dat dit bedrag kan worden gefinancierd via een verhoging van de winstbelasting of elders via het belastingstelsel.

Gevolgen voor de zorgtoeslag

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 Zvw slaat op het verplicht eigen risico. Aangezien artikel 19 van de Zvw in dit wetsvoorstel 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 230 euro per persoon.¹²

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. Initiatiefnemer acht dit onwenselijk, aangezien dit inkomensverlies tot wel € 230 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 wetsvoorstel 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 zorgtoeslag gebaseerd wordt aan, door een wijziging van artikel 2, derde lid van de Wet op de zorgtoeslag. Deze worden verlaagd met 2,031 procentpunt voor mensen met een partner en met 1,015 procentpunt 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 wetsvoorstel. Initiatiefnemer verwacht dat deze verlaging voor de jaren daarna via een wijziging van het Besluit percentages drempel- en toetsingsinkomen zorgtoeslag structureel wordt gemaakt.

Daarnaast heeft de verlaging van de nominale premie ook effect op de hoogte van de zorgtoeslag. De lagere premie als gevolg van de aanpassing van het aandeel van de nominale premies en de rijksbijdrage kinderen naar 43% werkt automatisch door in de zorgtoeslag. Dit leidt, uitgaande van de situatie in het jaar 2022, tot een 14 euro lagere zorgtoeslag gecombineerd met een 14 euro lagere nominale premie. Zorgtoeslagontvangers gaan er hierdoor per saldo dus niet op achteruit. Tabel 2 geeft een overzicht van de effecten van de

¹² CPB (2021, p. 96). *Keuzes in Kaart 2022-2025: Economische analyse van verkiezingsprogramma's*. Den Haag: Centraal Planbureau.

afschaffing van het verplicht eigen risico, de aanpassing van de zorgtoeslag en de verlaging van de nominale premie voor verschillende typen verzekerden.

Tabel 2 Financiële effecten

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie ¹	Effect zorgtoeslag	Totaal Effect ²
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 385	+ € 14	- € 14	+ € 385
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 385	+ € 14	€ 0	+ € 399
Gemiddelde bedrag verplicht eigen risico betaald en ontvangt zorgtoeslag	+ € 227	+ € 14	- € 14	+ € 227
Gemiddelde bedrag verplicht eigen risico betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 227	+ € 14	€ 0	+ € 241
Verplicht eigen risico niet betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	+ € 14	- € 14	€ 0
Verplicht eigen risico niet betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	€ 14	€ 0	€ 14

¹ Hierbij is uitgegaan van gelijkblijvende zorgkosten.

² De inkomenseffecten van eventuele belastingverhogingen om de nieuwe Rijksbijdrage te financieren en de effecten van het afschaffen van het vrijwillig eigen risico zijn hierin nog niet meegenomen. Ook de inkomenseffecten voor mensen die hun IAB zelf betalen en door de afschaffing van de aftoppingsgrens daar meer aan gaan bijdragen zijn niet meegenomen in deze tabel, maar deze worden wel meegenomen in tabel 4 en 5.

7. Europeesrechtelijke regelgeving

Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie

Door dit wetsvoorstel zouden de zorgverzekeraars minder dan 50% van de kosten van de zorgverzekering in de vorm van een nominale premie gaan innen, en zouden zij meer dan 50% uit het Zorgverzekeringsfonds gaan krijgen (via de risicoverevening). Dit moet worden

voorgelegd aan de Europese Commissie (hierna: de Commissie). Bij de invoering van de Zvw is namelijk door de Commissie toestemming gegeven voor de financiering van de zorgverzekeraars voor 50% via het vereveningsfonds. Wanneer dit percentage wordt verhoogd kan dit worden gezien als een nieuwe steunmaatregel, die voorgelegd moet worden aan de Commissie.

Financiering van de zorgverzekeraars kan worden gezien als een steunmaatregel, die volgens artikel 107 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie alleen kan worden toegestaan onder bepaalde voorwaarden. In artikel 106, tweede lid, van dat verdrag is daarbij bepaald dat diensten van algemeen economisch belang, zoals het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel, ook vallen onder deze regels “voorzover de toepassing daarvan de vervulling, in feite of in rechte, van de hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert”. Daarbij wordt wel genoemd dat de ontwikkeling van het handelsverkeer niet mag worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Unie. Bij de invoering van het risicovereveningssysteem heeft de Commissie reeds bepaald dat de taken die de Nederlandse zorgverzekeraars hebben in het kader van dit systeem vallen onder een dienst van algemeen economisch belang.

Initiatiefnemer stelt dat de verhoging van het percentage van de kosten van de Zvw dat collectief gefinancierd wordt noodzakelijk is om te voorkomen dat inkomstenderving als gevolg van de afschaffing van het eigen risico moet worden opgevangen via de nominale premie. Gezien het feit dat deze premie reeds voor veel mensen een zware financiële last vormt, zou initiatiefnemer dit zeer onwenselijk vinden. Initiatiefnemer stelt bovendien dat deze maatregel proportioneel is, aangezien deze hoofdzakelijk de derving van de inkomens als gevolg van de afschaffing van het eigen risico compenseert. Er kan ook nog steeds in praktisch dezelfde mate worden geconcurrereerd op basis van premie. Concurrentie op basis van het verplicht eigen risico was sowieso al niet mogelijk, omdat dit wettelijk was vastgesteld. Er komt door het wetsvoorstel enkel een einde aan de concurrentie op basis van de premiekorting die kan worden gegeven op basis van het vrijwillig eigen risico, maar dat is slechts een klein effect. Slechts 13% van de verzekerden koos immers voor een vrijwillig eigen risico in 2022.¹³ Daarbij moet ook worden opgemerkt dat concurrentie op basis van de hoogte van de korting voor het vrijwillig eigen risico in praktijk hoofdzakelijk gericht is op het binnenhalen van een gezonde verzekerdenpopulatie en daarmee sowieso onwenselijk is. Initiatiefnemer merkt voorts op dat in het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie verdrag geen expliciete grens (van bv. 50% van de inkomsten) van maximaal toegestane staatssteun wordt genoemd, onder de uitzondering genoemd in artikel 106, tweede lid.

De ontwikkeling van het handelsverkeer wordt daarnaast ook niet beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Unie. Nieuwkomers op de zorgverzekeringsmarkt komen immers in dezelfde mate in aanmerking voor het risicovereveningsfonds. Dit geldt ook voor eventuele aanbieders van zorgverzekeringen uit andere EU-lidstaten, die door dit voorstel niet worden beperkt in hun toegang tot de zorgverzekeringsmarkt.

Solvabiliteit II richtlijn

Omdat Nederland een privaat stelsel van zorgverzekeraars kent is daarnaast de EU-richtlijn

¹³ Nijhof, E., Romp, M. & Van Wetten, N. (2022). *Verzekerden in beeld 2022: Inzicht in het overstapseizoen*. Zeist: Vektis.

Solvabiliteit II¹⁴ van toepassing. Daarin worden beperkingen gesteld aan de wettelijke eisen die aan verzekeraars kunnen worden gesteld op het gebied van acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Dit wetsvoorstel introduceert echter een beperkte nieuwe wettelijke eis voor zorgverzekeraars op het gebied van premiestelling, doordat hen de mogelijkheid wordt ontnomen om verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico een premiekorting te bieden. Dit soort eisen kunnen worden gesteld op basis van artikel 206 van de Solvabiliteit II richtlijn, als dit wordt gedaan “ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft”. Initiatiefnemer is van mening dat dit hier het geval is. De afschaffing van het verplicht eigen risico draagt namelijk bij aan het organiseren van de solidariteit in het zorgverzekeringsstelsel, wat één van de belangrijkste doelen is van de Zvw. Het feit dat de premiekorting van mensen met een vrijwillig eigen risico de facto deels betaald wordt door mensen zonder vrijwillig eigen risico ondermijnt namelijk deze solidariteit. Daarom acht initiatiefnemer afschaffing noodzakelijk. Het gaat hier ook om een vergelijkbare situatie als bij de collectiviteitskorting, die om vergelijkbare redenen reeds is afgeschaft. Afschaffing van het vrijwillig eigen risico is bovendien volgens initiatiefnemer ook een proportionele maatregel, aangezien zorgverzekeraars momenteel ook maar beperkte vrijheid hebben in het aanbieden van een vrijwillig eigen risico. De beperking van de beleidsvrijheid van zorgverzekeraars is dus ook slechts beperkt. Daarnaast zijn er ook geen minder vergaande mogelijkheden om de negatieve effecten van het vrijwillig eigen risico volledig weg te nemen.

8. Consultatie

[PM]

9. Gevolgen voor regeldruk

Dit wetsvoorstel heeft geen verzwarend effect op de regeldruk. Voor zorgaanbieders en zorginstellingen blijft de procedure voor declaraties bij de zorgverzekeraars immers hetzelfde. Voor zorgverzekeraars wordt de regeldruk zelfs licht verminderd. Zij hoeven namelijk geen eigen risico meer te innen bij hun verzekerden na het ontvangen van een declaratie. Ook voor de belastingdienst is de regeldruk als gevolg van dit wetsvoorstel beperkt. De systematiek van de zorgtoeslag wordt namelijk niet wezenlijk veranderd. Enkel de percentages van het minimuminkomen worden aangepast.

10. Financiële gevolgen

Financiële gevolgen voor de staat

De afschaffing van het eigen risico heeft tot gevolg dat de € 3,2 miljard die momenteel op jaarbasis binnenkomt bij de zorgverzekeraars via het eigen risico op een andere manier moet worden gedekt. Daarnaast zou het eigen risico zonder dit wetsvoorstel vanaf 2026 doorgroeien met de zorguitgaven. Initiatiefnemer wijst er in deze op dat het afschaffen van het eigen risico niet zozeer een verhoging van de zorguitgaven betreft doch eerder een verschuiving van de zorgkosten. Immers, uitgaven die nu neerslaan bij de individuele patiënt zullen na afschaffing van het eigen risico opgebracht worden door alle verzekerden, belastingplichtigen en IAB-betalers tezamen. Dit wetsvoorstel regelt dit door de verdeling tussen verschillende financieringsstromen van de Zvw aan te passen.

¹⁴ Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II)

Momenteel schrijft artikel 45, vierde lid, van de Zvw voor dat 50% van de inkomsten van de zorgverzekeraars of van het Zorgverzekeringsfonds wordt opgebracht via de inkomensafhankelijke bijdrage. In de huidige situatie wordt de resterende 50% opgebracht door een combinatie van hoofdzakelijk de nominale premie, de rijksbijdrage kinderen en het eigen risico. Dit betekent dat afschaffing van het eigen risico zonder verdere aanpassingen zou betekenen dat de nominale premies zouden moeten stijgen. Initiatiefnemer vindt het echter onwenselijk dat de afschaffing van het eigen risico zou betekenen dat er € 3,2 miljard extra moet worden opgehaald uit de nominale premies.

Daarom regelt dit wetsvoorstel dat dit bedrag op een andere wijze wordt opgehaald. Momenteel beslaan de inkomsten uit het eigen risico circa 6%¹⁵ van de totale inkomsten. Daarom wordt het collectieve aandeel van de optelsom van de nominale premie en de rijksbijdrage kinderen verlaagd van 50% naar 43%, zodat het aandeel van de nominale premie licht daalt. Dit zou, uitgaande van de situatie van 2022, leiden tot een jaarlijkse premiedaling van € 14 (zie tabel 2).¹⁶ De 7 procentpunt van de inkomsten van de Zvw die van dit deel af worden gehaald, worden voor 3 procentpunt opgebracht door verhoging van het aandeel van de IAB naar 53%. De overige 4 procentpunt wordt gefinancierd via een extra bijdrage vanuit de begroting van het Ministerie van VWS. Dit betekent dat er structureel circa € 1,6 miljard op jaarbasis extra wordt opgebracht vanuit de IAB en tevens € 2,2 miljard vanuit de begroting van het Ministerie van VWS. Tabel 3 geeft een overzicht van de veranderingen in de verschillende financieringsstromen op basis van de situatie van 2022.

Tabel 3 Verandering Zvw-financiering

	Situatie 2022 (in mrd €)	Situatie 2022 (in %)	Nieuwe situatie ¹ (in mrd €)	Nieuwe situatie ¹ (in %)
Nominale premie + eigen risico + rijksbijdrage kinderen	27,7	50,5%	23,9	43,6%
<i>Nominale premie</i> ²	21,7	78,3%	21,5	89,8%
<i>Eigen risico</i> ²	3,2	11,6%	0	0%
<i>Rijksbijdrage kinderen</i> ²	2,8	10,1%	2,4 ³	10,2%
Inkomensafhankelijke bijdrage	27,1	49,4%	28,6	52%
Bijdrage VWS-begroting (excl. rijksbijdrage kinderen)	0	0%	2,2	4%
Totaal ⁴	54,9	100%	54,9	100%

¹ De bedragen zijn berekend aan de hand van de kosten die zijn begroot voor 2022 en kunnen dus afwijken van de exacte bedragen wanneer dit wetsvoorstel van kracht wordt, afhankelijk van de ontwikkeling van de totale kosten van de Zvw. Doordat verschillen in de 50/50 verdeling van oude jaren weggewerkt moeten worden wijkt de exacte verdeling iets af van de in dit wetsvoorstel voorgestelde verdeling.

² De percentages die staan genoemd bij de nominale premie, eigen risico en rijksbijdrage kinderen slaan op hun deel van het totaal dat deze drie posten bij elkaar opbrengen, niet van de totale financiering van de Zvw.

³ Doordat de hoogte van de rijksbijdrage kinderen beïnvloed wordt door de hoogte van het eigen risico daalt de hoogte van de rijksbijdrage kinderen licht door dit wetsvoorstel.

⁴ Doordat de getallen en percentage zijn afgerond tellen de individuele cijfers niet precies op tot het totaal.

Het is mogelijk dat dit wetsvoorstel leidt tot een toename van het gebruik van zorg. Mensen ervaren namelijk geen financiële prikkel meer om af te zien van de zorg die zij nodig hebben.

¹⁵ Voor 2022 beslaat het eigen risico € 3,2 miljard (+/- 12%) van de € 27,5 miljard die in totaal wordt opgebracht door de nominale premie, de rijksbijdrage kinderen en het eigen risico. Zie ook: *Kamerstukken II*, 2021/22, 35925-XVI, nr. 2, tabel 16, p. 195.

¹⁶ Het omslagpunt, waarbij de premie 2022 gelijk zou blijven ligt zo rond de 43,4%.

Dit kan enerzijds leiden tot een stijging van de zorgkosten, omdat er meer gebruik wordt gemaakt van zorg. Anderzijds zullen mensen minder geneigd zijn om bij medische klachten een bezoek aan een arts uit te stellen. Dit kan juist een dempend effect hebben op de zorgkosten, omdat uitstel van noodzakelijke zorg ervoor kan zorgen dat er op een later moment complexere en duurdere behandelingen nodig zijn. Mocht dit voorstel uiteindelijk onderaan de streep leiden tot hogere zorgkosten, dan wordt dit gefinancierd via de reguliere financieringsmethode van de Zvw (met de aanpassingen die in de vorige paragraaf staan beschreven).

De aanpassing van de systematiek van de zorgtoeslag heeft geen budgettaire gevolgen, aangezien deze aanpassing enkel het effect van de afschaffing van het verplicht eigen risico op de zorgtoeslag compenseert. Hierdoor wordt de zorgtoeslag voor mensen die hier recht op hebben niet verlaagd als gevolg van de afschaffing van het eigen risico. Wel zorgt de beperkte daling van de nominale premie met €14 per jaar ervoor dat mensen ook € 14 zorgtoeslag per jaar minder krijgen. Dit zorgt voor een beperkte kostenbesparing op de zorgtoeslag.

Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

Wanneer het verplicht eigen risico niet zou worden afgeschaft en er geen maatregelen genomen zouden worden om de uitgavengroei voor de Zvw te beperken, zou het verplicht eigen risico na 2026 fors zijn gestegen. Door dit wetsvoorstel daalt het verplicht eigen risico echter met € 385. Dit zorgt ervoor dat de prikkel voor verzekerden om noodzakelijke zorg te mijden wordt weggenomen, waardoor de toegang tot zorg wordt verbeterd. Bovendien zorgt het voor een eerlijkere verdeling van zorgkosten, aangezien verzekerden met een hogere zorgbehoefte hier niet langer financieel voor worden gestraft via het eigen risico. Tegelijkertijd voorkomt dit wetsvoorstel dat de nominale premies stijgen, waardoor de middeninkomens hier niet de prijs voor betalen.¹⁷

Zoals uit tabel 4 blijkt heeft dit voorstel zelfs een positief effect op de meeste inkomensgroepen.¹⁸ Daarbij geldt dat het positieve inkomenseffect gemiddeld gezien groter is op lagere- en middeninkomensgroepen dan op hogere inkomensgroepen. Zo krijgen met een inkomen tot 116% van het minimumloon er mediaan 1,9% bij, terwijl dit voor mensen met een inkomen van meer dan 422% van het minimumloon slechts 0,5% is. Daarbij moet ook nog rekening worden gehouden met variatie van deze effecten binnen deze groep. Zo heeft ongeveer een kwart van deze allerhoogste inkomensgroep, namelijk het deel zonder werkgever (zo'n 380 duizend huishoudens), een negatief inkomenseffect oplopend tot maximaal -2,0%. Dit hangt met name samen met het afschaffen van de aftoppingsgrens bij de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw.

Het wetsvoorstel zorgt er wel voor dat er meer geld moet worden opgebracht via de IAB. Aangezien het aandeel van de IAB door het voorliggende wetsvoorstel toe zou nemen van 50% naar 53% van de kosten van de Zvw zou dit bij gelijkblijvende zorgkosten resulteren in een toename van de IAB van circa 6%. Dit zorgt ervoor dat werkgevers en hogere inkomensgroepen zonder werkgever een groter deel van de kosten van de zorgverzekering gaan dragen en de kosten van de zorg eerlijker verdeeld worden. Dit effect is nog een stuk

¹⁷ Enkel de hoge middeninkomens die momenteel boven aftoppingsgrens vallen en die zelf de IAB betalen gaan er iets op achteruit, maar daar staat wel tegenover dat zij ook profiteren van de afschaffing van het eigen risico.

¹⁸ Daarbij moet wel worden genoemd dat de inkomenseffecten van de financiële dekking van de nieuwe rijksbijdrage nog niet zijn meegenomen, omdat deze nog nader moet worden ingevuld. Echter is initiatiefnemer er voorstander van om de gevolgen hiervan niet neer te leggen bij de lage- en middeninkomens.

sterker door de afschaffing van de aftoppingsgrens.

Het effect van de afschaffing van de aftoppingsgrens (die voor 2022 was vastgesteld op € 59.706 en in 2023 € 66.956 bedraagt) geldt enkel voor mensen die zelf hun inkomensafhankelijke bijdrage betalen. Voor de meeste mensen geldt dat deze door hun werkgever of uitkeringsinstantie wordt betaald. In tabel 5 is weergegeven wat het inkomenseffect is van specifiek de afschaffing van de aftoppingsgrens voor de groep die de IAB zelf betaald. De huishoudens met een negatief inkomenseffect bestaan uit werkenden zonder werkgever en gepensioneerden. Het gaat om circa 600 duizend huishoudens, waarvan er circa 450 duizend werken en circa 150 duizend gepensioneerd zijn. Het effect van het afschaffen van de aftoppingsgrens bij de IAB voor de Zvw neemt toe met het inkomen. Naar mate een persoon meer inkomen heeft boven de huidige aftoppingsgrens is er namelijk meer inkomen waarover na invoering van dit wetsvoorstel ook IAB betaald dient te worden.

Het wetsvoorstel zorgt er daarnaast voor dat een groter deel van de zorgkosten wordt betaald via de VWS-begroting. Dit betekent in praktijk dat dit deel betaald wordt uit de belastingen. Door het progressieve karakter van het Nederlandse belastingstelsel zorgt dit ervoor dat dit deel van de kosten waarschijnlijk eerlijker wordt verdeeld dan in de huidige situatie.

Het afschaffen van het vrijwillig eigen risico heeft met name gevolgen voor de verzekerden die hier gebruik van maken. Voor hen zal dit wetsvoorstel namelijk resulteren in een stijging van de nominale premie. Daar staat echter tegenover dat de kosten die zij moeten maken wanneer zij gebruik maken van zorg die onder het eigen risico valt tot wel € 885 kunnen dalen. Zo zijn zij dus beter beschermd tegen onverwachte zorgkosten. Bovendien is initiatiefnemer van mening dat met het afschaffen van het vrijwillig eigen risico terecht een einde wordt gemaakt aan een onevenredig groot voordeel voor mensen die geen of weinig beroep doen op de gezondheidszorg. Het CPB constateerde namelijk in 2019 dat de premiekorting die mensen met een vrijwillig eigen risico krijgen iets hoger is “dan het gemiddelde remgeldeffect en de betalingen die ze extra uit eigen zak betalen”.¹⁹ Feitelijk betekent dit dat de premiekorting die mensen met een vrijwillig eigen risico krijgen deels wordt betaald door mensen zonder vrijwillig eigen risico. Het CPB berekende dan ook dat afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou kunnen leiden tot een verlaging van de jaarlijkse premie van mensen zonder vrijwillig eigen risico met € 6.²⁰ Daarnaast is het wel mogelijk dat mensen die voorheen een vrijwillig eigen risico hadden minder zorg zullen mijden, waardoor de totale zorgkosten licht zouden kunnen stijgen.²¹ Het CPB ging hierbij uit van een beperkte stijging van € 41 miljoen op jaarbasis.²²

De aanpassing van de systematiek van de zorgtoeslag zorgt ervoor dat toeslaggerechtigden recht houden op dezelfde hoeveelheid zorgtoeslag, afgezien van de lichte daling als gevolg van de even grote daling van de nominale premie. Het inkomenseffect hiervan verschilt per toeslaggerechtigde, afhankelijk van de mate waarin deze gebruik maakt van zorg die

¹⁹ CPB (2019, 15 maart). Selectie en remgeldeffecten in de gezondheidszorg [websitebericht]. Opgevraagd van <https://www.cpb.nl/selectie-en-remgeldeffecten-in-de-gezondheidszorg>

²⁰ Remmerswaal, M., Boone, J. & Douven, R. (2019, p. 23). *Selection and moral hazard effects in healthcare* (CPB Discussion Paper). Den Haag: Centraal Planbureau.

²¹ Anderzijds geldt hierbij ook dat minder zorgmijding er tevens voor kan zorgen dat medische problemen in een eerder stadium kunnen worden aangepakt, waardoor duurdere ingrepen op een later moment juist voorkomen kunnen worden.

²² Remmerswaal, M., Boone, J. & Douven, R. (2019, p. 23). *Selection and moral hazard effects in healthcare* (CPB Discussion Paper). Den Haag: Centraal Planbureau.

momenteel onder het eigen risico valt. Voor toeslaggerechtigden die momenteel volledig gebruik maken van het verplicht eigen risico geldt bijvoorbeeld dat zij er meer op vooruit gaan dan toeslaggerechtigden die minder gebruik maken van het eigen risico (zie hiervoor ook tabel 2).

Tabel 4 Inkomenseffecten wetsvoorstel¹

Inkomensgroep	Inkomenseffect
1 ^e (<=116% WML)	1,9%
2 ^e (116-187% WML)	1,5%
3 ^e (187-286% WML)	1,1%
4 ^e (286-422% WML)	0,8%
5 ^e (>422% WML)	0,5%
Inkomensbron	
Werkenden	0,7%
Uitkeringsgerechtigden	1,7%
Gepensioneerden	1,9%
Huishoudtype	
Tweeverdieners	0,9%
Alleenstaanden	1,1%
Alleenverdieners	1,2%
Kinderen	
Huishoudens met kinderen	0,8%
Huishoudens zonder kinderen	0,8%
Alle huishoudens	1,0 %

¹ De cijfers in deze tabel zijn gebaseerd op het scenario dat deze wetwijziging in 2022 was doorgevoerd. Er kunnen dus afwijkingen zijn bij de daadwerkelijke doorvoering. Deze tabel toont bovendien de mediane effecten op verschillende groepen, dus de daadwerkelijke inkomenseffecten kunnen binnen deze groepen nog variëren, zoals ook duidelijk wordt uit tabel 5.

Tabel 5 Specifieke inkomenseffecten afschaffing inkomensgrens IAB¹

Inkomensgroep	Inkomenseffect
1 ^e (<=116% WML)	-
2 ^e (116-187% WML)	-
3 ^e (187-286% WML)	-
4 ^e (286-422% WML)	-0,8%
5 ^e (>422% WML)	-1,3%

¹ Deze tabel laat het specifieke inkomenseffect van het afschaffen van aftoppingsgrens van de inkomensafhankelijke bijdrage voor de Zvw zien voor huishoudens bij wie dit een effect heeft (inkomen hoger dan circa € 60.000). Dit effect is ook al meegenomen in de getallen in tabel 4. Het gaat hier om het mediane inkomenseffect, dus er is variatie in de mate van het effect binnen inkomensgroepen. Zo neemt het effect toe met inkomen en is er een verschil tussen één- en tweeverdienershuishoudens. Een éénverdienershuishouden met een inkomen van bijvoorbeeld € 100.000 profiteert nu meer van de aftoppingsgrens dan een tweeverdienershuishouden met twee inkomens van € 50.000, waardoor het afschaffen van de aftoppingsgrens in die gevallen verschillende effecten heeft.

Gevolgen voor werkgevers

Het voorliggende wetsvoorstel heeft ook gevolgen voor werkgevers, doordat zij verplicht zijn de inkomensafhankelijke bijdrage te betalen over het loon van hun werknemers.²³ Door de verhoging van de IAB wordt dus ook een groter deel van de kosten door hen gedragen.

²³ De IAB premie wordt hoofdzakelijk afgedragen door werkgevers. Alleen zelfstandigen en gepensioneerden (over aanvullend pensioen) dragen zelf IAB-premie af.

Aangezien het aandeel van de IAB door het voorliggende wetsvoorstel toe zou nemen van 50% naar 53% van de kosten van de Zvw zou dit bij gelijkblijvende zorgkosten resulteren in een toename van de IAB van circa 6%, oftewel circa € 1,6 miljard. Het verhogen van de aftoppingsgrens heeft daarnaast vooral gevolgen voor de verdeling van de werkgeverslasten. Het IAB-percentages zou daardoor, uitgaande van de situatie in 2022, per saldo dalen met 0,4 procentpunt, van 6,75% naar 6,35%. Werkgevers die relatief weinig werknemers hebben met een inkomen boven de aftoppingsgrens zouden er dus financieel op vooruit gaan. Werkgevers met relatief veel werknemers die boven de aftoppingsgrens verdienen gaan daarentegen juist extra bijdragen aan de financiering van de zorgverzekering.

II. ARTIKELSGEWIJS

Artikel I

Onderdeel A

Dit onderdeel betreft het laten vervallen van de definities voor verplicht en vrijwillig eigen risico.

Onderdeel B

Dit onderdeel betreft technische wijzigingen.

Onderdelen C en D

Deze onderdelen betreffen het schrappen van verwijzingen naar het vrijwillig eigen risico.

Onderdeel E

Artikel 17 regelt in het eerste tot en met derde lid het – zeer belangrijke - verbod op premiedifferentiatie. Daarnaast wordt in dat artikel geregeld hoe de verschuldigde premie van de grondslag voor de premie wordt afgeleid indien voor een vrijwillig eigen risico is gekozen. Aldus wordt de met het vrijwillig eigen risico gepaard gaande premiekorting geregeld. Nu het vrijwillig eigen risico met voorliggend wetsvoorstel vervalt, hoeft niet meer in artikel 17 geregeld te worden hoe de verschuldigde premie in geval van een gekozen vrijwillig eigen risico wordt bepaald. Dat betekent ook dat het begrip 'grondslag van de premie' kan komen te vervallen. Omdat dat begrip in ieder lid van artikel 17 voorkomt, wordt artikel 17 met voorliggend wetsvoorstel opnieuw vastgesteld. Afgezien van het schrappen van de met de vrijwillig eigen risico gepaard gaande premiekorting, bevat het nieuwe artikel 17 geen inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van het bestaande artikel 17.

Het eerste lid van het voorgestelde artikel 17 bepaalt dat de zorgverzekeraar de premie voor iedere variant van de zorgverzekering die hij aanbiedt (bijvoorbeeld een naturapolis en een combinatiepolis) vaststelt en deze in de modelovereenkomst opneemt. Deze premies kunnen van elkaar verschillen.

Het tweede lid bevat het verbod op premiedifferentiatie: de premie dient voor gelijke varianten van de zorgverzekering die de zorgverzekeraar aanbiedt, gelijk te zijn. Voor iedere naturapolis met dezelfde keuzevrijheid tussen zorgaanbieders, dient derhalve dezelfde premie te worden gevraagd.

Het derde lid zorgt ervoor dat voor zorgverzekeringen die om ethische of levensbeschouwelijke redenen bepaalde prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering laten, geen premiekorting mag worden gegeven.

Het vierde lid verplicht de zorgverzekeraar om de verschuldigde premie in de zorgpolis te

vermelden.

Het vijfde lid, ten slotte, bepaalt dat tussen de bekendmaking van een premiewijziging en de inwerkingtreding ervan ten minste zeven weken moeten zitten.

Onderdeel F

De wijziging in artikel 18aa betreft het vervallen van de mogelijkheid om (een voorschot op) de zorgtoeslag te gebruiken als een rechtstreekse betaling van de zorgtoeslag aan de zorgverzekeraar om o.a. het eigen risico te betalen bij een betalingsachterstand.

Onderdeel G

Paragraaf 3.4 betreft de paragraaf waarin het eigen risico is geregeld. Met deze paragraaf vervallen de artikelen 19 tot en met 22. Dit betreft de volgende artikelen:

- In artikel 19 is het verplicht eigen risico van 385 euro geregeld, inclusief de indexatie.
- In artikel 20 wordt zorgverzekeraars de mogelijkheid gegeven om onder voorwaarden een vrijwillig eigen risico aan te bieden van 100, 200, 300, 400 of 500 euro per kalenderjaar.
- Artikel 21 regelt de mogelijkheid om een percentage van zorgkosten in rekening te brengen ten laste van het eigen risico dan wel de mogelijkheid om bepaalde vormen van zorg helemaal of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico te laten vallen. De zorgverzekeraar kan bepalen dat bepaalde zorg buiten het vrijwillig eigen risico valt.
- Artikel 22 betreft een bepaling die regelt wat er gebeurt met het (vrijwillig) eigen risico als een zorgverzekering slechts voor een deel van het kalenderjaar geldt.

Onderdeel H

Het tweede en derde lid van artikel 23 betreffen de wijze van berekening van het verplicht en vrijwillig eigen risico. Deze bepalingen zijn niet langer nodig.

Onderdeel I

De toevoeging aan artikel 39 is nodig om vast te leggen dat er een extra bijdrage van het Rijk ten goede komt aan het Zorgverzekeringsfonds. Dit betreft de bijdrage van 4% van de zorgkosten die dient als gedeeltelijke dekking voor het vervallen van het verplicht eigen risico. De hoogte van de bijdrage is geregeld in artikel 54a (onderdeel N).

Onderdelen J, K, M en O

In de onderdelen J en K is geregeld dat er geen aftoppingsgrens meer kan worden ingesteld waarboven geen inkomensafhankelijke bijdrage meer wordt geheven. De overige aanpassingen betreffen technische wijzigingen die daarmee samenhangen.

Onderdeel L

Dit onderdeel regelt dat de op grond van artikel 45, vierde lid, geldende verdeelsleutel dat 50% van de zorgkosten uit de inkomensafhankelijke bijdragen komt, wordt opgehoogd naar 53%. Zie voor een verdere toelichting het algemeen deel.

Onderdeel N

Op dit moment geldt een rijksbijdrage uit de Begroting voor de financiering van de zorgkosten van jongeren tot 18 jaar. In dit onderdeel wordt daarnaast een rijksbijdrage geregeld van 4% van het totaal aan zorgkosten. Voor de berekening van dat percentage wordt aangesloten bij de wijze van berekening van de hoogte van de inkomensafhankelijke bijdragen op grond van artikel 45, vierde lid.

In het tweede lid is geregeld dat de bijdrage in gelijke maandelijksse delen wordt betaald.

Onderdeel P

In dit onderdeel wordt de verwerking van gegevens geschrapt voor zover deze betrekking hebben op het (verplicht) eigen risico. Die verwerking is niet langer nodig.

Onderdeel Q

Dit onderdeel betreft een technische wijziging.

Artikel II

Deze wijziging van de Wet inkomstenbelasting 2001 betreft een technische aanpassing.

Artikel III

In dit artikel wordt de Wet op de zorgtoeslag gewijzigd. Zoals in het algemeen deel is toegelicht zou zonder aanpassing van deze wet de hoogte van de zorgtoeslag veranderen door het vervallen van het verplicht eigen risico. In dit artikel wordt in onderdeel B geregeld dat de percentages van het drempelinkomen die gebruikt worden bij het bepalen van de hoogte van de zorgtoeslag zodanig worden verlaagd dat de zorgtoeslag per persoon of huishouden ongeveer gelijk blijft.

Onderdeel A regelt dat de zorgtoeslag niet langer tevens bedoeld is als tegemoetkoming in het verplicht eigen risico. Onderdeel B betreft de aanpassing van de percentages. In onderdeel C betreft het de standaardpremie die door de Minister wordt bepaald. Die standaardpremie wordt niet langer vermeerderd met een door de verzekerde te betalen bedrag aan eigen risico.

Artikel IV

Tegelijk met de inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel zullen bepalingen over het verplicht en vrijwillig eigen risico uit het Besluit zorgverzekering moeten worden gehaald. Dientengevolge zal dat Besluit niet meer, zoals in 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 is bepaald, op de artikelen 19 en 21 van de Zorgverzekeringswet berusten. Deze artikelen komen overigens met voorliggend wetsvoorstel te vervallen.

Artikel V

Dit artikel regelt het overgangsrecht. De Zvw kent een regeling die bepaalt tot wanneer er bij het bepalen van de hoogte van het te betalen eigen risico nog rekening gehouden wordt met (later binnengekomen) zorgkosten. Zonder overgangsrecht zou de regeling voor het te betalen eigen risico ineens vervallen ook voor wat betreft zorgkosten die na 1 januari gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Hierdoor zou het van het (toevallige) moment van de declaratie afhangen of de zorgkosten nog wel of niet meetellen voor de berekening van het eigen risico. Dit overgangsrecht heeft alleen betrekking op de bepalingen die rechtstreeks samenhangen met de berekening van het verschuldigde eigen risico.

Artikel VI

Dit artikel regelt de inwerkingtreding. Het ligt hierbij voor de hand om de wet in werking te laten treden met ingang van een nieuw kalenderjaar.

Hijink