

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1638

Vragen van het lid **Van Haga** (Groep Van Haga) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *verandering van regels voor het medisch eigen risico* (ingezonden 16 januari 2023).

Antwoord van Minister **Kuipers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 februari 2023). Zie ook Aanhangsel Handelingen vergaderjaar 2022–2023, nr. 1451.

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Kabinet verandert regels voor medisch eigen risico»?¹

Antwoord 1

Ja ik heb kennisgenomen van het bericht.

Vraag 2

Bent u zich ervan bewust dat, hoewel deze verandering positief uitvalt voor patiënten die eenmalig een medisch-specialistische behandeling nodig hebben, juist ook het tegenovergestelde kan gaan gelden voor mensen die meerdere behandelingen nodig hebben en/of chronisch zieke patiënten, die dus meerdere keren een eigen risico bijdrage moeten betalen?

Antwoord 2

Het lid Van Haga wijst er terecht op dat deze maatregel ertoe leidt dat een deel van de zorggebruikers minder eigen risico gaat betalen dan dat nu het geval is. Door een maximumbedrag van € 150 per prestatie (een dbc of een ozp) te hanteren voor medisch-specialistische zorg zullen ongeveer 1 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld genomen € 100 minder aan verplicht eigen risico betalen. Het gaat dan om verzekerden die één of enkele onderzoeken of behandelingen nodig hebben per jaar. Momenteel zullen zij veelal wel hun verplicht eigen risico volmaken, omdat het bedrag van € 385 nu vaak al bereikt wordt na één gedeclareerde dbc.

Het klopt ook dat er een groep verzekerden is die met deze wijziging meerdere keren een bijdrage voor het eigen risico gaat betalen. Zij hoeven niet in één keer hun gehele eigen risico te betalen als de zorgkosten € 385 of

¹ NOS, 13 januari 2023, «Kabinet verandert regels voor medisch eigen risico» (<https://nos.nl/artikel/2459745-kabinet-verandert-regels-voor-medisch-eigen-risico>).

meer bedragen, maar betalen een bedrag per prestatie van maximaal € 150. Echter, anders dan dat het lid Van Haga veronderstelt, heeft de maatregel géén nadelig effect voor deze groep. Door de maatregel gaat namelijk niemand méér eigen risico betalen, omdat het maximale eigen risico € 385 blijft.

Vraag 3, 4 en 5

Realiseert u zich dat sommige mensen hierdoor zullen afzien van medisch-specialistische hulp, of deze zullen uitstellen, uit kostenoverwegingen?

Realiseert u zich dat dit potentieel kan leiden tot gezondheidsschade voor deze mensen, omdat zij niet (op tijd) worden geholpen en/of waardoor hun aandoeningen verergeren en/of co-moborditeiten ontstaan, waardoor zij op de lange termijn meer, complexer en kostbaarder medisch-specialistische zorg nodig hebben?

Bent u van mening dat burgers/patiënten zelf in staat zijn om een inschatting te maken over de noodzaak van een medisch-specialistische behandeling en de mogelijkheid om hiervan af te zien, of deze uit te stellen? Realiseert u zich dat veel mensen in Nederland momenteel moeite hebben om financieel rond te komen en dat een dergelijke maatregel voor veel mensen een noodgedwongen besparingsmethode zal worden? Deelt u de mening dat zij op deze manier worden gemanipuleerd om de door kabinet gewenste bezuinigingen op de zorg te realiseren?

Antwoord 3, 4 en 5

Ik ben het met het lid Van Haga eens dat het ongewenst is als mensen vanwege kosten afzien van noodzakelijke zorg. Ik ben echter van mening dat het introduceren van een maximumbedrag van € 150 de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg juist minder hoog maakt. Want in de huidige situatie betalen mensen vaak bij het eerste consult al het gehele verplicht eigen risico van € 385. De drempel voor toegang tot zorg wordt dus aanzienlijk lager.

Omdat het ongewenst is als mensen afzien van noodzakelijke zorg uit kostenoverwegingen, neemt het kabinet verschillende maatregelen om mogelijke ongewenste zorgmijding om financiële redenen tegen te gaan, namelijk het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025, de maximering van de eigen bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023 en tot slot wordt een monitor opgezet om meer inzicht te krijgen in de mate van stapeling van eigen betalingen over de stelsels heen². Voor mensen met een laag inkomen bestaat bovendien al de zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de premie en het eigen risico. Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten en financiële middelen om maatwerk te bieden voor mensen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen.

Vraag 6 en 7

Is het wat u betreft wenselijk dat de zorgvraag van de bevolking financieel gestuurd wordt vanuit een kostenbesparende prikkel van de overheid, die daarmee dus niet opereert vanuit het belang van de volksgezondheid, maar vanuit het financieel belang van de rijksoverheid?

Vindt u het geoorloofd om te proberen de Nederlandse bevolking te bewegen af te zien van zorg, omdat het zorgstelsel inmiddels zo duur is geworden en volstrekt is vastgelopen door falend overheidsbeleid, in plaats van werk te maken van het hervormen van dat beleid en het zorgstelsel zelf? Waarom legt u deze verantwoordelijkheid neer bij de burger, in plaats van bij het kabinet?

Antwoord 6 en 7

Het Nederlandse zorgstelsel kenmerkt zich door een hoge mate van solidariteit: gezonde, jonge mensen en mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oudere mensen met een lager inkomen. Het verplicht eigen risico legt inderdaad een deel van de zorgkosten nadrukkelijk bij de zorggebruiker. Door deze medefinanciering wordt de druk op de nominale premie voor alle verzekerden beperkt. Het eigen risico maakt mensen daarnaast kostenbewust. Dit wordt het remgeldeffect genoemd. Ook daarmee wordt een stijging van de nominale premie gedempt. Deze effecten

² Kamerstuk 29 689, nr. 1176.

vergroten het draagvlak voor de hoge mate van solidariteit binnen ons zorgstelsel.

Vraag 8 en 9

Heeft u een impactanalyse gemaakt ten aanzien van deze stelselverandering? Hoeveel «onnodige» zorg zal dit schelen en hoeveel gemiste diagnoses, medisch-specialistische behandelingen en uitgestelde zorg gaat dit opleveren? Hoeveel kosten worden bespaard en hoeveel zorgkosten levert het juist op, ook op de lange termijn? Hoe verhoudt dit zich tot elkaar? Indien u dit niet weet, bent u dan bereid hiernaar onderzoek te doen?

Weet u hoeveel mensen op dit moment «onnodig» medisch-specialistische behandelingen ondergaan, omdat hun eigen risico «toch al op is»? Om wat voor behandelingen gaat het dan bijvoorbeeld en welk deel van de totale zorgkosten beslaat deze, eventueel overbodige, zorg?

Antwoord 8 en 9

Naar verwachting resulteert de maatregel in een afname van zorggebruik en daardoor een daling van de collectieve zorguitgaven van € 317 miljoen per jaar. Dit gedragseffect is gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB), aan de hand van een microsimulatiemodel³. Dit model wordt voor verschillende doorrekeningen gebruikt en is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.

De hervorming maakt het eigen risico een effectiever instrument. Op dit moment betalen mensen in de medisch-specialistische zorg vaak al voor het eerste consult bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico. Door het maximumbedrag van € 150 per prestatie zullen mensen minder snel hun volledige verplicht eigen risico volmaken. Dat heeft naar verwachting een gunstig effect op het voorkomen van uitstel van zorg of zorgmijding bij mensen die afgeschrikt worden door het vooruitzicht van een betaling van € 385. Hoewel de financiële drempel lager is, loopt de drempel wel langer door. Dat komt doordat voor vervolgzorg (na de eerste dbc) of een nieuwe zorgvraag opnieuw een bedrag wordt gerekend voor het verplicht eigen risico, tot het gehele verplicht eigen risico is volgemaakt. Hierdoor worden verzekerden langer gestimuleerd na te denken of een (vervolg) behandeling passend en nodig is.

Als toenemend kostenbewustzijn leidt tot een minder hoge zorgvraag is dat een gewenst effect. Mocht er door de verlengde drempel afgezien worden van passende zorg, dan is dat vanzelfsprekend geen gewenst effect.

Omdat de hoogte van het maximale eigen risico niet toeneemt is de hoop dat zo'n effect niet optreedt. Ik ben uiteraard voornemens om de effecten van deze maatregel te evalueren.

Vraag 10

Is het niet beter om te besparen op andere zorgkosten, bijvoorbeeld door anders om te gaan met bevolkingsonderzoeken, waarop door vele medici steeds meer kritiek wordt geleverd aangezien deze ook zouden leiden tot overmedicalisering van de samenleving en kostbare onderzoeken en behandelingen die voor veel patiënten niet nodig zijn?

Antwoord 10

De bevolkingsonderzoeken naar kanker leveren gezondheidswinst op, omdat de gescreeende aandoeningen in een vroeger stadium worden ontdekt waardoor de behandeling een grotere kans van slagen heeft.

Voor de volledigheid: de bevolkingsonderzoeken naar kanker vallen niet onder de Zorgverzekeringswet en worden door de overheid gefinancierd.

Vraag 11

Wat voor effect heeft deze verandering op de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg en de algehele volksgezondheid? Bent u van mening dat deze verandering dit niet nadelig zal beïnvloeden? Kunt u dit onderbouwd uitleggen?

³ Centraal Planbureau, 2020, «Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg».

Antwoord 11

Ik verwacht géén nadelig, maar juist een positief effect op de toegankelijkheid van de Nederlandse zorg. Allereerst wordt de financiële drempel lager voor gebruikers van medisch-specialistische zorg omdat het verplicht eigen risico verlaagd is naar € 150 per prestatie. Dit is een lagere drempel dan de huidige situatie waarin het bedrag van € 385 vaak na één medisch specialistische behandeling al behaald wordt.

Hierdoor zal ongeveer 1 miljoen verzekerden minder eigen risico gaan betalen, terwijl er géén verzekerden meer eigen risico gaan betalen. Alhoewel dit leidt tot minder opbrengsten van het eigen risico zal er ook minder zorgvraag zijn, zoals ik in antwoord op vraag 8 en 9 toelichtte. Per saldo heeft de maatregel daarom naar verwachting een dempend effect op de premies. In de nota van toelichting zal ik gedetailleerd ingaan op deze effecten.

Vraag 12

Bent u niet bang dat deze verandering van het eigen risico leidt tot een tweedeling in de samenleving, waarbij vermogende mensen betere en meer toegang en kwaliteit van zorg krijgen omdat zij zich dat kunnen veroorloven en armere mensen hierop zullen moeten inboeten omdat zorg voor hen een besparingspost wordt?

Antwoord 12

Deze vrees deel ik niet. Zoals hierboven aangegeven zijn er geen verzekerden die méér eigen risico gaan betalen en gaat een deel van de verzekerden minder eigen risico betalen. Dit heb ik nader toegelicht in de bovenstaande antwoorden. De maatregelen om de financiële toegankelijkheid tot zorg te borgen heb ik antwoord op de vragen 3, 4 en 5 toegelicht.