

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

820

Vragen van het lid **Van der Plas** (BBB) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *een artikel van EenVandaag met de titel «Waarom het eigen risico afschaffen 3,4 miljard kost, maar ook 6 miljard»* (ingezonden 9 januari 2024).

Antwoord van Minister **Helder** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 januari 2024).

Vraag 1

Bent u bekend met het artikel van EenVandaag over de kosten van het eigen risico?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Kunt u de onderbouwing en berekeningen van het Ministerie van VWS uitleggen waaruit blijkt dat het afschaffen van het eigen risico zou leiden tot extra kosten van 2,6 miljard euro (6 –/–3,4), als gevolg van een toename in patiëntenstromen naar de tweedelijnszorg?

Antwoord 2

Voor de berekening van de kosten van het afschaffen van het eigen risico is aangesloten bij de berekeningswijze zoals in Zorgkeuzes in Kaart. In Zorgkeuzes in Kaart worden twee soorten kosten onderscheiden: het financierings- en het remgeldeffect.

Het eerste type effect, het financieringseffect, betreft het wegvallen van de opbrengsten van het eigen risico. Deze opbrengsten zijn geraamd op circa € 3,4 miljard in 2024 maar nemen toe over de tijd. Dat komt omdat de opbrengsten afhangen van de ontwikkeling van de zorguitgaven. De tabel hieronder toont de verwachte opbrengsten van het eigen risico zoals in de VWS-begroting 2024 is opgenomen. Deze berekeningen worden door VWS gemaakt en worden meerdere malen per jaar geactualiseerd.

¹ EenVandaag, 5 januari 2024, «Waarom het eigen risico afschaffen 3,4 miljard kost, maar ook 6 miljard» Waarom het eigen risico afschaffen 3,4 miljard kost, maar ook 6 miljard

	2024	2025	2026	2027	2028
Opbrengsten eigen risico in miljarden	€ 3,4	€ 3,3	€ 3,5	€ 3,7	€ 3,8

Het eigen risico draagt niet alleen bij aan de financiering van de curatieve zorg, maar ook aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor mensen langer nadenken of een beoogde behandeling passend is en onnodig zorggebruik wordt geremd. Dit is het tweede effect, het remgeldeffect.

Afschaffing van het eigen risico leidt tot hogere collectieve zorguitgaven omdat het remmende effect van het eigen risico vervalst. Mensen zullen zich minder bewust zijn van de kosten van zorg en daardoor naar verwachting vaker een beroep doen op zorg. Deze verwachting is in lijn met de internationale wetenschappelijke literatuur. Voor Zorgkeuzes in Kaart 2020 heeft het CPB berekend dat het afschaffen van het verplicht eigen risico leidt tot € 2,1 miljard hogere zorguitgaven.² In de VWS-cijfers wordt aangesloten bij deze berekening van het remgeldeffect door het CPB. Kanttekening daarbij is dat deze berekening over 2021 gaat. Sinds Zorgkeuzes in

Kaart 2020 heeft het CPB deze berekeningen niet opnieuw geactualiseerd. Deze doorrekening dient van een update voorzien te worden om de actuele stand van het remgeldeffect te bepalen.

Het CPB geeft overigens aan dat in de berekening en dus de omvang van het remgeldeffect van het huidige eigen risico is meegenomen dat iemand door het eigen risico eerst af kan zien van zorg, waardoor zijn gezondheid verslechtert en hij later alsnog meer zorg nodig heeft en hogere zorgkosten maakt.

In 2023 is onderzoek gedaan naar het vrijwillig eigen risico.³ Afschaffing van het vrijwillig eigen risico zou leiden tot een toename van de totale zorguitgaven met circa € 0,1 miljard per jaar, wat volledig bestaat uit het remgeldeffect.

De totale kosten van het afschaffen van het eigen risico zijn gelijk aan de wegvallende opbrengsten van het eigen risico, zoals in de VWS-begroting opgenomen, plus de verwachte hogere uitgaven door het remgeldeffect zoals door het CPB berekend. Het totaal hiervan neemt toe van circa € 5,5 miljard in 2025 tot circa € 6 miljard in 2028. Deze kosten zullen verder toenemen in de toekomst, de mate van stijging is afhankelijk van de ontwikkeling van de zorguitgaven.

Vraag 3

Op basis van welke aannames en gegevens zijn deze berekeningen gemaakt en zijn deze voldoende representatief en betrouwbaar gebleken?

Antwoord 3

Het CPB heeft de afgelopen jaren veel onderzoek gedaan naar de effecten van eigen betalingen in de zorg. Ook hebben zij voor Zorgkeuzes in Kaart een eigenbetalingenmodel ontwikkeld waarmee zij het remgeldeffect van verschillende maatregelen kunnen inschatten. Het door het CPB ontwikkelde model is een micro-simulatiemodel. Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar en onderzoekt op deze data hoe mensen reageren op een eigen betaling. Het CPB gebruikt deze uitkomsten om te simuleren hoe mensen zullen reageren op wijzigingen in eigen betalingen. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico voor de Nederlandse bevolking in kaart hebben gebracht (evenals onderzoeken gericht op de situatie in de Verenigde Staten).

Het CPB heeft hier ten tijde van Zorgkeuzes in Kaart 2020 twee onderzoeken over gepubliceerd. Een CPB-achtergronddocument «*Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet*»⁴ met daarin een beschrijving van de gebruikte methodes bij de berekening van het remgeldeffect en een wetenschappelijk

² Zie maatregel 54, variant 1d in Zorgkeuzes in Kaart (pagina 204). <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/07/01/zorgkeuzes-in-kaart>

³ Equalis, 2023, Onderzoek Vrijwillig eigen risico | Rapport | Rijksoverheid.nl

⁴ <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>

paper «A Structural Microsimulation Model for Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare» met daarin de technische beschrijving van het ontwikkelde model door het CPB.⁵

Vraag 4

Zijn er recente praktijkvoorbeelden of vergelijkbare situaties in andere landen waaruit blijkt dat het volledig afschaffen van het eigen risico leidt tot een aanzienlijke en onbeheersbare toename van patiënten die doorverwezen willen worden naar de tweedelijnszorg? Als dat het geval is, kunt u deze voorbeelden nader toelichten?

Antwoord 4

Er zijn geen (recente) voorbeelden uit andere landen bekend waarbij het gehele eigen risico is afgeschaft, het vraagt nader onderzoek om hier beter zicht op te krijgen. Het is hierbij goed op te merken dat eigen betalingen in elk land anders georganiseerd zijn. De tendens lijkt daarbij dat eigen betalingen juist vaker geïntroduceerd of verhoogd worden, dan afgeschaft worden.

Vraag 5

Bent u bereid om nader onderzoek te doen naar de kosten en baten van het afschaffen van het eigen risico in de zorg en de resultaten hiervan met de Kamer te delen?

Antwoord 5

Het afschaffen van het eigen risico zal de collectieve zorguitgaven doen toenemen, doordat het remgeldeffect van het eigen risico gedeeltelijk vervalt. Dit kan de betaalbaarheid, en daarmee ook de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg, op langere termijn onder druk zetten. Dat eigen betalingen en ook het eigen risico leiden tot lagere collectieve zorguitgaven, en vice versa, is vaak wetenschappelijk onderzocht en aangetoond, zowel in Nederland als bijvoorbeeld in de Verenigde Staten^{6, 7, 8, 9, 10, 11}.

Bij zorgmijding kan onderscheid gemaakt worden tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. Het eigen risico leidt tot minder zorgvraag, wat gewenst is als het gaat om onnodige zorg, niet noodzakelijke, niet effectieve of onnodig dure zorg, en ongewenst als het leidt tot het mijden van medisch noodzakelijke zorg. Uit onderzoek van Nivel, dat in 2015 in opdracht van de Consumentenbond, de LHV, ZN en VWS is uitgevoerd, blijkt dat een toenmalige grote stijging van het eigen risico niet gepaard is gegaan met een stijging van het aantal zorgmijders. Ook blijkt er uit dit onderzoek dat niet-financiële redenen ook een rol spelen bij het mijden van zorg. Nivel heeft in een recente publicatie ook gekeken in hoeverre mensen afzien van zorg en in hoeverre kosten daarbij een rol speelden.¹²

Dit onderzoek betreft echter een vragenlijst op een kleine, niet-representatieve groep respondenten. Afgezien van dit onderzoek is er weinig onderzoek beschikbaar waarin wordt gekeken welke zorg wordt gemeden door het eigen

⁵ <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Discussion-Paper-415-A-Structural-Microsimulation-Model-for-Demand-Side-Cost-Sharing-in-Healthcare.pdf>

⁶ Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma en R. Douven, 2019, Cost-sharing design matters: a comparison of the rebate and deductible in healthcare, *Journal of Public Economics*, vol. 170: 83–97.

⁷ Remmerswaal, M., J. Boone, en R. Douven, 2023, Minimum generosity levels in a competitive health insurance market, *Journal of Health Economics*, vol. 90.

⁸ Klein, T.J., Salm, M. en S. Upadhyay, 2022, The response to dynamic incentives in insurance contracts with a deductible: Evidence from a differences-in-regression-discontinuities design, vol. 210.

⁹ Vliet, R.C. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics* vol. 4(4): 81–94.

¹⁰ J.P. Newhouse en co-auteurs, 1993, Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment.

¹¹ Brot-Goldberg, Z.C., Chandra, A., Handel, B.R. en J.T. Kolstad, 2017, What does a deductible do? The Impact of cost-sharing on health care prices, quantities, and spending dynamics, *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 132(3): 1261–1318.

¹² Zorgmijding vanwege financiële redenen. | Nivel

risico én in hoeverre dit gewenst of ongewenst is. Om hier meer inzicht in te krijgen zou vervolgonderzoek nodig zijn.

Het vervallen van het remgeldeffect en de extra zorgvraag die daaruit ontstaat zou eveneens tot wachtlijsten kunnen leiden bij onvoldoende beschikbaarheid van personeel of capaciteit. Gegeven de vele onderzoeken die reeds zijn uitgevoerd acht ik op dit moment aanvullend onderzoek niet opportuun. Mocht in de toekomst het voornemen bestaan om het eigen risico af te schaffen, zou het wenselijk zijn om ook goed te kijken naar de gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg.

Vraag 6

Welke maatregelen neemt het kabinet op dit moment om de zorgkosten op lange termijn beheersbaar te houden en de financiële druk op de samenleving te verminderen?

Antwoord 6

Het coalitieakkoord bevat maatregelen om de stijging van de zorguitgaven te beteugelen. Het kabinet heeft deze maatregelen mede vormgegeven met onder andere het IZA-akkoord (integraal zorgakkoord), WOZO (Wonen ondersteuning en zorg voor ouderen) en GALA (Gezond en actief leven akkoord), waardoor de groei van de zorguitgaven wordt afgeremd («minder meer») en de zorg betaalbaar en toegankelijk blijft voor iedereen.¹³

Daarnaast zijn er afgelopen voorjaarsbesluitvorming aanvullende maatregelen getroffen die ook de groei van de uitgaven aan zorg verder beteugelen, zoals de herinvoering van de inkomensafhankelijke bijdrage in de Wmo, maatregelen in de Zvw-sectoren niet vallend onder het Integraal Zorgakkoord (IZA) en Maatwerk in de PGB.

Daarnaast heeft het Kabinet verschillende maatregelen genomen om zorg betaalbaar te houden op individueel niveau. Ik noem de volgende maatregelen:

- Het eigen risico is tot en met 2025 bevroren op € 385.
- De eigen bijdragen onder het geneesmiddelenvergoedingssysteem zijn tot en met 2024 gemaximeerd op € 250.
- Voor mensen met een laag inkomen is er de zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de premie en het eigen risico.
- Daarnaast geldt dat bepaalde zorgvormen van het eigen risico zijn uitgezonderd. Ook bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid het eigen risico gespreid te betalen.
- Ook kunnen gemeenten financieel maatwerk bieden aan hun inwoners in verband met hun kosten van zorg en ondersteuning.

Vraag 7

Wat is uw visie op het eigen risico in relatie tot solidariteit en rechtvaardigheid binnen het zorgstelsel?

Antwoord 7

Het Nederlandse zorgstelsel kenmerkt zich door een hoge mate van solidariteit: gezonde mensen betalen mee aan de zorg voor chronisch zieken, jongeren betalen mee aan de zorg voor ouderen, en we houden rekening met de draagkracht van mensen. Het eigen risico legt inderdaad een relatief klein deel van de zorgkosten nadrukkelijk bij de zorggebruiker. Dit vind ik rechtvaardig, want door deze medefinanciering wordt de druk op de nominale premie voor alle verzekerden beperkt. Het eigen risico maakt mensen daarnaast kostenbewust: het eigen risico draagt door het remeffect op de zorgkosten ook bij aan het terugdringen van niet-noodzakelijke zorg en daardoor aan het dempen van de stijging van de nominale premie.

Ook zijn zorgverzekeraars verplicht alle verzekeringsplichtigen te accepteren voor de basisverzekering en mogen zij de gevraagde premie niet differentiëren naar persoonskenmerken. De risicoverevening heeft als doel een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te creëren en prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg te nemen. Daarnaast draagt de overheid via de zorgtoeslag bij aan de premie voor de basisverzekering en het gemiddelde verplicht eigen

¹³ In september is de uitvoering van een deel van de maatregelen in het kader van WOZO op verzoek van de Kamer opgeschort.

risico voor mensen met een lager inkomen. In ons curatieve zorgstelsel is er mede hierdoor sprake van een hoge mate van risicosolidariteit én van inkomenssolidariteit.

Ten slotte wordt opgemerkt dat de eigen betalingen in Nederland internationaal gezien relatief laag zijn. De eigen betalingen bedragen in Nederland circa 9% ten opzichte van de totale zorgkosten, terwijl dat aandeel in andere EU-landen op gemiddeld 18% ligt.

Vraag 8

Wat zijn de kosten voor zorgverzekeraars om het eigen risico systeem uit te voeren?

Antwoord 8

Een precies en recent bedrag van de uitvoeringskosten van het eigen risico voor zorgverzekeraars is niet bekend. In het rapport *Zorgkeuzes in Kaart 2020*¹⁴ is uitgegaan van € 40 miljoen euro per jaar. Dit bedrag is gebaseerd op een onderzoek van Ecorys uit 2011.¹⁵

Vraag 9

Hoeveel rente- en incassokosten zijn in het laatst bekende jaar (2022?) in rekening gebracht voor te late betalingen van het eigen risico en voor hoeveel personen gold dit? Wat waren de uitvoeringskosten van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) hiervoor?

Antwoord 9

Het is mij niet bekend hoeveel rente- en incassokosten door zorgverzekeraars in rekening zijn gebracht voor te late betalingen van het eigen risico. Het CAK heeft hierin geen rol. Het CAK is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de wanbetalersregeling. Verzekerden met een betalingsachterstand van 6 maanden zorgpremie worden door de zorgverzekeraar aangemeld voor deze regeling. Zij behouden de polis die zij hebben afgesloten. Het CAK legt in dat geval een bestuursrechtelijke premie op ter hoogte van 120% van de gemiddelde zorgpremie. Dit staat los van betalingsachterstanden van het eigen risico. Verzekerden in de wanbetalersregeling krijgen door de zorgverzekeraar het eigen risico opgelegd. De uitvoeringskosten van de wanbetalersregeling zijn voor het CAK € 13,9 mln.

¹⁴ *Zorgkeuzes in Kaart 2020* | Publicatie | Rijksoverheid.nl

¹⁵ Oortwijn, W., Adamini, S., Wilkens, M., Thio, V., De Bekker, P., Boendemaker, A., Canoy, M. (2011). *Evaluatie naar het verplicht eigen risico*. Ecorys en Berenschot