

Vergaderjaar 2022–2023

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1178

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 januari 2023

1. Inleiding

Zoals toegezegd in de brief van 4 maart jl.¹, informeer ik u over de hoofdlijnen van een slimmere vormgeving van het eigen risico, waarbij mensen niet in één keer hun gehele verplicht eigen risico betalen voor een behandeling. Deze maatregel is ook opgenomen in het coalitieakkoord (Bijlage bij Kamerstuk 35 788, nr. 77).

Kernpunten

- o Het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg wordt per 2025 aangepast naar maximaal € 150 per declarabele prestatie^{2, 3} waarbij de totale hoogte van het verplicht eigen risico in stand blijft.
- o Deze hervorming draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg en is voor circa één miljoen verzekerden een lastenverlichting omdat ze minder betalen aan het verplicht eigen risico.
- o Het kabinet verkent of de invoering van maximumbedragen per prestatie ook een meerwaarde heeft in andere sectoren van de curatieve zorg. In het voorjaar van 2023 zal ik u over deze verkenning informeren.

¹ Kamerstuk 35 925 XVI, nr. 170.

² Een declarabele prestatie kan een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct (ozp) zijn. Een dbc is een bundel van zorg en behandelingen bij een bepaalde zorgvraag, waarbij de prijs van een dbc is gebaseerd op de gemiddelde kosten voor de zorgvraag.

³ De geriatrische revalidatie zorg kent ook dbc's. Voor de geriatrische revalidatiezorg zal nog nader worden verkend of een maximumbedrag ook meerwaarde heeft.

In hoofdstuk 2 licht ik toe op welke manier het eigen risico een bijdrage levert aan de betaalbaarheid van zorg. In hoofdstuk 3 ga ik in op de hoofdlijnen van de voorgenomen vormgeving van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg.

Daarna licht ik in hoofdstuk 4 de effecten van de hervorming van het eigen risico toe. Tot slot schets ik in hoofdstuk 5 de belangrijkste stappen in het proces en het tijdspad van de hervorming van het eigen risico.

2. Het eigen risico draagt bij aan betaalbaarheid van zorg

a. Het verplicht eigen risico zorgt voor kostenbewustzijn bij verzekerden

Binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorgt het verplicht eigen risico, naast enkele specifieke eigen bijdragen, voor medefinanciering van de zorgkosten en voor meer kostenbewustzijn bij verzekerden. Boven op het verplicht eigen risico van € 385 kan de verzekerde (van 18 jaar en ouder) ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico verhoogt het verplicht eigen risico van € 385 met een bedrag van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. Indien verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico ontvangen zij een korting op de nominale premie. Het staat zorgverzekeraars vrij om te bepalen hoe hoog deze korting op de nominale premie is.

Solidariteit is één van de belangrijkste pijlers van de Nederlandse gezondheidszorg; gezonde, jonge mensen en mensen met een hoger inkomen betalen mee aan de zorgkosten voor zieke, oudere mensen met een lager inkomen. Zorgverzekeraars zijn verplicht alle verzekeringsplichtigen te accepteren voor de basisverzekering en mogen 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 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.

Het verplicht eigen risico legt een relatief klein deel van de zorgkosten echter nadrukkelijk bij de zorggebruiker. Deze bijdrage van zorggebruikers via het eigen risico is niet alleen bedoeld om een klein deel van de zorg te financieren, maar ook om mensen kostenbewuster te maken en het gebruik van niet-noodzakelijke zorg af te remmen. Door het bevrozen van het verplicht eigen risico op € 385 tot en met 2025 wordt voorkomen dat het verplicht eigen risico de komende jaren zal stijgen tot ongeveer € 430 per volwassen verzekerde in 2025. Deze bevroering versterkt in beperkte mate de risicosolidariteit tussen «gezonde» verzekerden (die geen of weinig zorgkosten hebben) en «zieken» (verzekerden die zeer waarschijnlijk zorg gebruiken en jaarlijks het volledige verplicht eigen risico betalen), terwijl het instrument van het eigen risico in stand kan worden gehouden. Dat is nodig omdat de medefinanciering door zorggebruikers de druk op de nominale premie voor alle verzekerden beperken. Het eigen risico maakt mensen kostenbewust. Dit wordt het remgeldeffect genoemd. Ook daarmee wordt een stijging van de nominale premie gedempt. Deze effecten vergroten het draagvlak voor een hoge mate van solidariteit binnen ons curatieve zorgstelsel.

b. Ruimte voor verbetering voor de werking van het verplicht eigen risico

Ik zie twee belangrijke aandachtspunten bij de werking van het eigen risico. Er is ruimte voor verbetering vanuit het perspectief van de verzekerde én het eigen risico kan tegelijkertijd doelmatiger worden gemaakt:

- Het verplicht eigen risico heeft zich bewezen als goed instrument, maar is niet altijd even effectief. Door het gebruik van diagnosebehandelcombinaties (dbc's) in de medisch-specialistische zorg betalen mensen vaak al voor het eerste consult bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico. Hierdoor hoeven mensen daarna niet meer kostenbewust te zijn en ervaren deze verzekerden binnen een gegeven jaar geen financiële prikkel meer om af te zien van zorg, terwijl deze zorg (nog) niet passend of noodzakelijk kan zijn. Kort samengevat kan het met het eigen risico beoogde remgeldeffect al vroeg in het kalenderjaar wegvallen.
- Tegelijkertijd kan het in één keer «volmaken» van het gehele verplicht eigen risico van € 385 voor een noodzakelijke behandeling als een hoge drempel worden ervaren en er in sommige gevallen toe leiden dat mensen (tijdelijk) afzien van zorg die zij wel al nodig hebben. Dit kan later tot meer en duurdere zorg leiden.

In het coalitieakkoord «Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst» is aangegeven dat het kabinet het eigen risico in de Zorgverzekeringswet slimmer zal vormgeven en betaalbaarder zal maken. Door het verplicht eigen risico te bevroren in de jaren 2023 tot en met 2025 is er voor de betaalbaarheid al een belangrijke stap gezet. De wet die deze bevroering regelt is voor het zomerreces van 2022 door beide Kamers aangenomen⁴.

Vanaf 2025 zal een vervolgstap worden gezet door het verplicht eigen risico zowel betaalbaarder als slimmer vorm te geven, door in de medisch-specialistische zorg een vast maximumbedrag van € 150 per prestatie in te voeren. Deze hervorming draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg, zowel op het niveau van het individu als ook op het niveau van de gehele samenleving. De introductie van een maximum bedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg maakt het verplicht eigen risico namelijk effectiever. Zorgvragers worden langer geprikkeld om na te denken of gebruik van de behandeling medisch noodzakelijk is, of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden en of dat mogelijk een minder vergaande behandeling volstaat. Mensen zullen minder snel en minder vaak het verplicht eigen risico volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn. Dit past bij de beweging naar passende zorg.

Daarnaast zal een grote groep zorggebruikers door de invoering van een maximum bedrag per prestatie in de medisch-specialistische zorg minder snel hun verplicht eigen risico volmaken. Ongeveer 1 miljoen verzekerden gaan op jaarbasis gemiddeld € 100 minder eigen risico betalen, terwijl er geen verzekerden zijn die jaarlijks méér verplicht eigen risico gaan betalen. Ook heeft de maatregel een drukkend effect op de nominale premie, doordat per saldo minder zorgkosten worden gemaakt door het grotere remgeldeffect (zie verder onder 4.)

De gewijzigde toepassing van het verplicht eigen risico vindt vanaf 2025 plaats voor medisch-specialistische zorg. Ik zal verkennen of maximum bedragen per prestatie ook meerwaarde hebben in andere sectoren van de curatieve zorg die onder de Zvw worden verzekerd. In het voorjaar van

⁴ Kamerstuk 36 135.

2023 zal ik u over deze verkenning informeren. Zie onderdeel e van hoofdstuk 3.

3. Hoofdlijnen van de vormgeving

a. Keuze voor een maximaal bedrag per prestatie in de medisch-specialistische zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in juni 2020, op verzoek van de toenmalig Minister voor Medische Zorg en Sport, een advies uitgebracht over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek.⁵ In haar advies heeft de NZa aangegeven op drie onderdelen ruimte te zien voor verbetering om het eigen risico duidelijker te maken voor de patiënt:

- Duidelijkheid vooraf over in welk jaar het eigen risico wordt aangesproken (jaargrensproblematiek);
- Duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico;
- Tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

Naar aanleiding van het advies van de NZa zijn als vervolgstap in 2021 gesprekken gevoerd tussen VWS, de NZa, de Patiëntenfederatie Nederland, de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ). Deze gesprekken hadden als doel om inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor verbetering, uitvoerbaarheid en aandachtspunten bij een eventuele toekomstige hervorming van de systematiek van het eigen risico. Deze technische verkenning is op 5 juli 2021 aan de Tweede Kamer gestuurd⁶. De technische verkenning bevatte uitdrukkelijk geen advies of voorkeur vanuit partijen. In de technische verkenning zijn twee varianten verkend: een vast bedrag per zorggebeurtenis en een vast bedrag per prestatie.

Ik kies ervoor om geen ingrijpende wijziging aan te brengen in de werking van het eigen risico, maar wel de systematiek zodanig te optimaliseren door een *vast bedrag per prestatie* in te voeren. Het eigen risico blijft hiermee aansluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging. Het vraagt hierdoor veel minder investeringen in ICT en heeft veel minder impact op bestaande administratieve processen dan wanneer zou worden gekozen voor een vormgeving per zorggebeurtenis. Omdat dit kabinet niet voornemens is om de bekostiging in de medisch-specialistische zorg fundamenteel aan te passen, zie ik het ook als toekomstbestendige maatregel, omdat wordt aangesloten bij de bekostigingssystematiek.

Een aandachtspunt bij het *vaste bedrag per prestatie* is dat het geen oplossing is voor de door de NZa vastgestelde verbeterpunten voor de begrijpelijkheid van het eigen risico. Het lost de jaargrensproblematiek niet op, geeft maar beperkt duidelijkheid over de hoogte van het eigen risico en zorgt niet voor een snellere afrekening van het eigen risico. Bij een *vast bedrag per zorggebeurtenis* (zoals een polikliniekbezoek, een verpleegdag, een mri, een biopt, etc.) wordt wel een aantal voordelen, ten opzichte van vast bedrag per prestatie, voor de patiënt behaald. Bijvoorbeeld een snellere afrekening van het eigen risico, duidelijkheid over in welk jaar het eigen risico wordt aangesproken en de betere herkenbaarheid van een zorggebeurtenis.

⁵ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1072.

⁶ Kamerstuk 29 689, nr. 1109.

Uit gesprekken met partijen blijkt echter dat dankzij intensieve communicatie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de werking van de huidige vormgeving van het eigen risico verzekerden de afgelopen jaren het systeem van het eigen risico steeds beter zijn gaan begrijpen. Verzekerden hebben hierdoor veel minder vragen over het eigen risico en daarom is een grote wijziging in de systematiek niet gewenst.

Zoals aangegeven heeft de variant van een *vast bedrag per behandeling* een zeer grote impact op zorgverzekeraars, ziekenhuizen en alle andere zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg. De afrekening van het eigen risico op het niveau van zorggebeurtenissen sluit niet aan op de huidige bekostiging. Voor de gewenste invoering per 1 januari 2025 is deze variant zeker niet uitvoerbaar. ZN, NVZ en NFU onderschrijven dat deze variant zeer complex in de uitvoering is.

De variant waarbij het eigen risico via een *vast bedrag per zorggebeurtenis* zou plaatsvinden, vind ik daarom vanwege de complexe uitvoerbaarheid en de toename van de administratieve lasten die daarbij gepaard gaan, niet opwegen tegen de voordelen van de variant met een *vast bedrag per prestatie*.

b. Een betaling van maximaal € 150 geldt voor alle typen prestaties in de medisch-specialistische zorg.

In de medisch-specialistische zorg worden verschillende prestaties en tarieven gehanteerd bij de declaratie van de zorg. De zorg wordt voornamelijk afgerekend via de dbc's waarbij meerdere verrichtingen binnen een behandeltraject zijn gebundeld en getarifeerd. Niet iedere verrichting, zoals een injectie of röntgenfoto, wordt apart afgerekend. De prijs van een dbc is vaak hoger dan het verplicht eigen risico van € 385, waardoor patiënten meestal al bij het eerste consult bij een specialist in een ziekenhuis hun gehele verplicht eigen risico kwijt zijn. Dit beperkt de effectiviteit van het verplicht eigen risico als instrument om het kostenbewustzijn van verzekerden te vergroten. In de meeste gevallen leiden behandelingen na de eerste dbc niet tot extra kosten voor een verzekerde.

Voor alle prestaties in de medisch-specialistische zorg geldt vanaf 2025 een bedrag van € 150. Indien het geldende tarief lager is dan € 150 geldt het lagere tarief. Vandaar dat ik vanaf nu spreek van een maximumbedrag in plaats van een vast bedrag.

Verder wordt in de medisch-specialistische zorg naast dbc's ook gebruik gemaakt van zogenoemde «overige zorgproducten» (ozp's). Hieronder vallen o.a. aanvullingen op de dbc's (*add-ons*) voor IC-dagen of dure geneesmiddelen, of voor een tarief voor eerstelijnsdiagnostiek. Voor ozp's geldt momenteel ook het eigen risico en hierdoor is het logisch om het maximum ook hierop toe te passen. Het kan dus voorkomen dat een verzekerde eerst eigen risico betaalt voor eerstelijnsdiagnostiek en indien vervolgbehandeling in de msz plaatsvindt ook eigen risico betaalt voor de dbc. Een ander voorbeeld is een dbc met twee dagen IC opname; de verzekerde is dan nog steeds zijn gehele eigen risico kwijt, hij betaalt € 150 eigen risico voor de dbc en € 150 per IC opnamedag.

Mensen kunnen in een jaar te maken krijgen met meerdere dbc's en overige zorgproducten. Bijvoorbeeld doordat de looptijd van een dbc maximaal 120 dagen is, maar een behandeling daarna nog doorloopt. Er zal dan een nieuwe dbc geopend worden waardoor wederom maximaal € 150 aan verplicht eigen risico in rekening wordt gebracht (indien het maximum van € 385 nog niet is bereikt). Mensen met een vervolg-dbc ontvangen langer en meer zorg. Vanuit het oogpunt van solidariteit ben ik

van mening dat daar ook een extra bijdrage via het eigen risico tegenover mag staan. Bij deze maatregel volgen we bovendien de bekostiging in de medisch-specialistische zorg. Daarbij zou het uitsluiten van vervolgd-DBC's de uitvoering van de aanpassing van de systematiek veel complexer maken.

Bij de vormgeving van de aanpassing van de systematiek is het uitgangspunt om het eigen risico zo eenvoudig mogelijk vorm te geven voor de patiënt. Te veel verschillende regels en uitzonderingen zouden ten koste gaan van de duidelijkheid. Het maximumbedrag van € 150 op alle DBC's en OZP's toepassen is de meest duidelijke en transparante optie en sluit aan bij de bekostiging. Het maximum van € 150 per prestatie maakt de hoogte van het eigen risico in eerste instantie voorspelbaarder voor verzekerden. Desondanks kan voor de verzekerde het niet duidelijkheid zijn wanneer een nieuwe DBC wordt geopend of wanneer er sprake is van een add-on. Daarnaast zullen wijzigingen in de eigen risico systematiek tot nieuwe vragen leiden van verzekerden. Richting de invoering van de nieuwe systematiek zal ik samen een actieve voorlichtingscampagne organiseren.

Voorbeeld werking van maximaal bedrag € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg

- Een verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De DBC die bij deze behandeling hoort kost € 500. Er wordt geen vervolgd-DBC geopend. Daarnaast gebruikt de verzekerde voor een andere aandoening voor € 100 aan geneesmiddelen. De verzekerde heeft geen vrijwillig eigen risico.
- Huidige systematiek: De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 385 vol met de behandeling van de dermatoloog.
- Nieuwe systematiek: In de nieuwe systematiek maakt de verzekerde het verplicht eigen risico niet direct met de behandeling van de dermatoloog vol. Hij betaalt € 150 euro voor de behandeling bij de dermatoloog en € 100 voor de geneesmiddelen. Hij betaalt minder eigen risico en is bij vervolgzorg kostenbewuster omdat ook daar nog een betaling van het eigen risico wordt gevraagd.

c. Het maximale bedrag van € 150 per prestatie wordt geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten.

De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten. Voor de jaren 2023 tot en met 2025 is de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op € 385 en is de jaarlijkse indexering uitgeschakeld. Vanaf 2026 wordt het verplicht eigen risico weer geïndexeerd, tenzij opnieuw besloten wordt om de jaarlijkse indexering voor één of meerdere jaren uit te schakelen. Wanneer op termijn de totale hoogte van het verplicht eigen risico stijgt, zal het maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg zich niet langer goed verhouden tot het maximale verplicht eigen risico dat dan zal gelden. Om deze reden zal het maximumbedrag van € 150, net als de hoogte van het eigen risico, worden geïndexeerd aan de hand van de stijging van de zorgkosten. Indien de hoogte van het eigen risico in de toekomst opnieuw wordt bevroren, zal ook de hoogte van het maximumbedrag worden bevroren.

d. Het vrijwillig eigen risico van maximaal € 500 wordt behouden

Het wijzigen van de vormgeving van het verplicht eigen risico noodzaakt tot een verduidelijking van de verhouding tussen het verplicht en het vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico is een verhoging van het eigen risico waar de verzekerde voor kan kiezen in ruil voor een korting op de premie voor de basisverzekering. Het vrijwillige eigen risico kan € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per jaar zijn. Het vrijwillig eigen risico komt «bovenop» het verplicht eigen risico en wordt nu toegepast nadat het verplicht eigen risico van € 385 is «volgemaakt».

Voorbeeld werking maximum bedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg: werking vrijwillig eigen risico

- De verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500.
- De verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost € 500. Er wordt geen vervolgdbe geopend. Een paar maanden later komt de verzekerde bij de neuroloog voor een andere zorgvraag. Hier wordt opnieuw een dbc geopend. Deze dbc kost € 700 euro.
- Huidige systematiek:
 - o De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 385 vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast wordt er € 115 vanwege zijn vrijwillig eigen risico uit eigen middelen betaald.
 - o Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico: € 385 euro (€ 500–€ 115)
 - o In totaal betaalt de verzekerde € 885 uit eigen middelen.
- Nieuwe systematiek:
 - o De verzekerde betaalt voor de 1^e dbc € 150 aan verplicht eigen risico (€ 150 voor de dermatoloog) en € 350 aan vrijwillig eigen risico (restant factuur dermatoloog € 500–€ 150).
 - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw € 150 aan verplicht eigen risico. Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico: € 150 (€ 500 – € 350 van factuur dermatoloog).
 - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen € 800: € 300 euro aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

Verzekerden met een vrijwillig eigen risico betalen een groter deel van hun zorgkosten zelf. Daarnaast gaat er een remmende werking uit van het vrijwillig eigen risico. Het is belangrijk om de inkomsten uit het vrijwillig eigen risico zo veel mogelijk in stand te houden. Om deze reden kies ik ervoor om het vrijwillig eigen risico toe te passen als de kosten van een prestatie in de medisch specialistische zorg hoger zijn dan € 150. De meerkosten van de dbc of overig zorgproduct komen dan direct ten laste van het vrijwillig eigen risico.

e. Verkenning mogelijke verbreding naar andere sectoren in de curatieve zorg

Zoals hierboven aangegeven zal de invoering van een maximumbedrag aan verplicht eigen risico per prestatie in ieder geval gaan gelden in de medisch-specialistische zorg, waarbij in het coalitieakkoord is afgesproken om de nieuwe systematiek in te voeren vanaf 1 januari 2025. In de medisch-specialistische zorg is het verplicht eigen risico nu vaak al met

het eerste consult bij een specialist in het ziekenhuis volgemaakt. De verzekerde is direct door zijn verplicht eigen risico heen en dat beperkt in de rest van dat jaar de effectiviteit van het eigen risico als instrument om het kostenbewustzijn van verzekerden te vergroten.

Op dit moment is nog niet eenduidig aan te geven of maximum bedragen ook meerwaarde hebben in andere sectoren van de curatieve zorg, zoals bijvoorbeeld het eerstelijnsverblijf, de ggz of de geriatrische revalidatiezorg. In bepaalde sectoren is die meerwaarde op voorhand niet evident, omdat er mogelijk ingrijpende wijzigingen in infrastructuur voor declaratie/verrekening van de zorg voor nodig zijn of omdat het maximumbedrag per prestatie lager moet worden vastgesteld dan € 150 om te leiden tot een lastenverlichting voor verzekerden. Dat is met name het geval in sectoren waar mensen veel prestaties hebben en er relatief lage bedragen per prestatie gelden.

In de ggz wordt bijvoorbeeld vanaf 1 januari 2022 gewerkt met het zorgprestatiemodel. In het zorgprestatiemodel wordt met separate, «kleinere» prestaties gewerkt met daarbij passende tarieven. De NZa heeft, in opdracht van het Ministerie van VWS, een verkenning uitgevoerd naar de afrekening van het verplicht eigen risico in de ggz met een maximumbedrag per behandeling.

De NZa heeft verschillende scenario's uitgewerkt en adviseert om een wijziging voor de ggz niet los te zien van een onderzoek naar de algehele afrekening van het eigen risico voor alle sectoren. Aan de hand van die verkenning zal ik met de Minister voor Langdurige Zorg en Sport de komende maanden nader onderzoeken of verbreding van het gebruik van maximum bedragen per prestatie in andere sectoren van de curatieve zorg meerwaarde heeft en wenselijk is. Indien wijziging in andere sectoren meerwaarde heeft en wenselijk is, zal ik verder uitwerken op welke wijze de maximumbedragen in deze sectoren kan worden vormgegeven.

In deze verkenning naar maximum bedragen in andere sectoren dan de medisch-specialistische zorg, zal ik ook de uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de begrijpelijkheid van de eigen risico systematiek voor verzekerden als uitgangspunt meenemen. De bevindingen zullen we in het voorjaar van 2023 aan uw Kamer sturen.

4. Effecten van hervorming van het eigen risico

a. Kostenbewustzijn: Langer remgeldeffect draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg

De hervorming maakt het eigen risico een effectiever instrument, omdat mensen minder snel en minder vaak het verplicht eigen risico volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn: ze betalen opnieuw maximaal € 150 voor een nieuwe zorgvraag later in het jaar of bij een vervolgd-abc (een abc sluit na maximaal 120 dagen) en worden zo gestimuleerd na te denken of de baten van de behandeling opwegen tegen de kosten. Door het maximumbedrag van € 150 wordt de financiële drempel bij de toegang tot ziekenhuiszorg naar verwachting minder hoog. 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 verlengde effect ontstaat doordat voor vervolgzorg (na de eerste abc) of een nieuwe zorgvraag opnieuw een maximumbedrag wordt gerekend voor het verplicht eigen risico, tot het gehele verplicht eigen risico is volgemaakt. De toename van kostenbewustzijn dankzij de maatregel leidt tot een minder hoge zorgvraag. Dit is

een gewenst effect. Het introduceren van een tweede drempel kan wel betekenen dat – hoewel de hoogte van het totale eigen risico niet toeneemt – in sommige gevallen wordt afgezien van passende zorg. Dit is vanzelfsprekend geen gewenst effect, waarvan de hoop is dat het niet optreedt juist omdat de hoogte van het totale eigen risico niet toeneemt. Ik ben uiteraard voornemens om de effecten van de maatregel te evalueren.

Het budgettaire effect van een maximumbedrag van € 150 per diagnose-behandelcombinatie (dbc) en overige zorgproducten (ozp) in de medisch-specialistische zorg bestaat uit twee delen: een derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico en een remgeldeffect. Een maximum van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg leidt tot een derving van ongeveer € 118 miljoen aan eigen risico opbrengst. Naar verwachting leidt het invoeren van een maximum van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg tot een stijging van het remgeldeffect van ongeveer € 317 miljoen. Het remgeldeffect is berekend door het CPB met een model voor het eigen risico.⁷ Dat model is gebaseerd op individuele gegevens van alle verzekerden in de Zvw over een periode van 6 jaar. De maatregel leidt per saldo tot lagere zorgkosten van circa € 200 miljoen per jaar vanaf 2025. De maatregel verbetert daarmee de betaalbaarheid van zorg voor alle verzekerden: ook verzekerden die hun eigen risico volmaken profiteren van de demping van de nominale premie door de maatregel.

b. Een lastenverlichting voor circa 1 miljoen zorggebruikers

De financiële gevolgen voor verzekerden verschillen per persoon. Voor mensen die geen gebruik maken van medisch-specialistische zorg veranderen de eigen betalingen niet. Op dit moment maakt ongeveer de helft van de verzekerden zijn eigen risico vol. Door de invoering van een maximumbedrag per prestatie in de msz zullen mensen minder snel hun eigen risico volmaken. Ongeveer 1 miljoen verzekerden gaan jaarlijks minder uit eigen middelen betalen. Dit gaat om mensen die medisch-specialistische zorg gebruiken. De verzekerden die minder eigen risico gaan betalen gaan door de maatregel gemiddeld € 100 minder betalen. Verzekerden zullen nooit meer verplicht eigen risico betalen dan in de huidige situatie.

Ik ben mij ervan bewust dat veel chronisch zieken het verplicht eigen risico alsnog volmaken. Zij hebben vaak meerdere dbc's per jaar en gebruiken ook andere zorg zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen. Deze groep heeft daarom weinig baat bij een maximumbedrag per prestatie. Voor de betaalbaarheid van de zorg voor chronisch zieken heb ik andere maatregelen genomen. Bijvoorbeeld het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025 en maximering van de bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023.

5. Proces en tijdsplan van de hervorming eigen risico

Wijziging van de systematiek van het eigen risico op de hiervoor beschreven wijze vergt aanpassing van het Besluit zorgverzekering. Zo spoedig mogelijk na de toezending van deze brief aan uw Kamer start ook de internetconsultatie van deze wijziging. Het streven is om de wijziging van het Besluit zorgverzekering uiterlijk in het tweede kwartaal van 2023 bij beide Kamers der Staten-Generaal voor te hangen, om het vervolgens in het najaar van 2023 voor advies aan te bieden aan de Afdeling

⁷ cpb-achtergronddocument-31maart2015-toelichting-op-de-effecten-van-eigen-betalingen-de-zorg.pdf

advisering van de Raad van State. Streefdatum voor publicatie in het Staatsblad is 1 januari 2024.

Geheel 2024 zal in het teken staan van verdere uitwerking en de voorbereiding voor een verantwoorde uitvoering. Zo zullen zorgverzekeraars aanpassingen moeten doorvoeren in hun ICT-systemen om een maximumbedrag aan eigen risico per prestatie door te voeren en hun verzekerden gaan informeren over de wijziging van het eigen risico. Ook zal ik in 2024 inzetten op een uitgebreide informatiecampagne vanuit de overheid om verzekerden, maar ook zorgverleners, te informeren over de wijziging in het eigen risico per 1 januari 2025.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers