

Beantwoording van de 7 vragen uit het Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving (IAK)

Het Integraal afwegingskader voor beleid en regelgeving bevat normen waaraan goed beleid of goede regelgeving dient te voldoen. Uitgebreide informatie vind je op www.naarhetiak.nl (klik dan op de tekst "Naar het IAK" in de linker kolom).

1. Wat is de aanleiding?

Het coalitieakkoord "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst". Zie pagina 36 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/01/10/coalitieakkoord-omzien-naar-elkaar-vooruitkijken-naar-de-toekomst>. De financiële paragraaf biedt extra informatie, zie pagina's 5 en 8 <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2022/01/10/budgettaire-bijlage-coalitieakkoord-2021-2025>

2. Wie zijn betrokken?

Burgers, met name mensen die gebruik maken van medisch-specialistische zorg. Zij zullen door de maatregel mogelijk een lager bedrag uit eigen zak betalen.

Zorgverzekeraars, zij innen het eigen risico en zullen hun verzekerden uitleg geven over het eigen risico. Zij moeten ook hun ICT-systemen en informatievoorziening aanpassen voor de nieuwe systematiek.

Zorgaanbieders (met name in de medisch-specialistische zorg), want voor de door hun geleverde zorg gaat de nieuwe systematiek gelden.

Ter voorbereiding van het voorstel is meerdere keren gesproken met belangen- en uitvoeringsorganisaties, zoals Zorgverzekeraars Nederland, de Consumentenbond, Patiëntenfederatie, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra.

3. Wat is het probleem?

Met de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico betaalt een verzekerde vaak al het gehele verplicht eigen risico bij de eerste keer in een jaar dat hij medisch-specialistische zorg gebruikt. Dit heeft de volgende nadelen:

- Het vooruitzicht van een rekening van € 385 (of hoger als er ook nog voor een vrijwillig eigen risico is gekozen) kan voor mensen als een hoge drempel worden ervaren en er in sommige gevallen toe leiden dat mensen afzien van zorg die zij wel nodig hebben. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.
- Als mensen al na het eerste consult bij een medisch specialist direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren om bewust te zijn in hun gebruik van zorg en na te denken of een behandeling passend en nodig is. Kortom: het remgeldeffect valt na een behandeling en mogelijk al vroeg in het jaar geheel weg. Dit maakt dat het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg momenteel niet altijd even effectief is.

De maatregel grijpt in op deze twee nadelen. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 385 naar maximaal € 150 per zorgvraag, is de financiële drempel verlaagd. Tegelijkertijd is met deze maatregel het effect van het eigen risico op het kostenbewustzijn verlengd. Immers, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt, wordt het eigen risico ook vaker later in het jaar nog aangesproken. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel verlaagd als verlengd.

4. Wat is het doel?

Het eigen risico effectiever maken zonder dat mensen meer eigen risico hoeven te betalen en zonder een grote extra inspanning voor de uitvoering. Deze doelstelling wordt nader toegelicht in de Nota van Toelichting (zie hoofdstuk 3).

5. Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?

Het verplicht eigen risico legt een relatief klein deel van de zorgkosten nadrukkelijk bij de zorggebruiker: dit is niet alleen om een klein deel van de zorg te financieren, maar ook om mensen kostenbewuster te maken en het zorggebruik te remmen. Door het bevriezen 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 bevriezing 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 gelaten. Dat is nodig omdat de medefinanciering door zorggebruikers de druk op de nominale premie voor alle verzekerden beperken. Doordat mensen minder snel en minder vaak het verplicht eigen risico volmaken, zijn ze bovendien langer 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.

6. Wat is het beste instrument?

De verrekening van het eigen risico is gekoppeld aan de declaratiesystematiek, waaronder de dbc-systematiek voor medisch-specialistische zorg. Het eigen risico volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar. Er is voor gekozen om deze afhankelijkheid in stand te houden, zodat de maatregel zo min mogelijk investeringen in ICT en impact heeft op bestaande administratieve processen van zorgverzekeraars. Het stapsgewijs volmaken van het verplicht eigen risico geldt voor alle rechtmatig gedeclareerde prestaties in de medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat telkens als een dbc of ozp (inclusief add-on) door de zorgaanbieder in rekening wordt gebracht voor verzekerde zorg, het daarbij geldende tarief ten laste komt van het verplicht eigen risico voor zover dat tarief niet hoger is dan € 150. Indien de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, geldt het lagere tarief.

Verschillende alternatieven voor een andere soort en hoogte van het (maximum)bedrag zijn overwogen, maar bleken qua uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid dermate belastend dat deze opties niet opwegen tegen de voordelen. De verkende opties worden in de Nota van Toelichting (zie paragraaf 3.d) uitgebreid toegelicht.

7. Wat zijn de gevolgen voor burgers, bedrijven, overheid en milieu?

In de Nota van Toelichting worden de gevolgen van de beleidswijziging voor de burgers, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid alsmede de consultatie met verschillende partijen uitgebreid toegelicht. Hier beschrijven we de belangrijkste punten.

Burgers

De invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg maakt van het eigen risico een effectiever en betaalbaarder instrument. In de oude situatie 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 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg minder hoog, maar zullen mensen na een eerste onderzoek of behandeling langer blijven nadenken of een beoogde behandeling passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel en minder vaak hun volledige verplicht eigen risico volmaken.

Mensen die bijna geen zorg gebruiken en niet naar het ziekenhuis hoeven, zullen verder weinig merken van de maatregel. De mensen die wél naar het ziekenhuis gaan en daar jaarlijks één of enkele onderzoeken of behandelingen nodig hebben, profiteren van de nieuwe systematiek doordat ze jaarlijks minder eigen risico gaan betalen (tenzij ze naast medisch-specialistische zorg in dat jaar ook andere zorg nodig hebben waarvoor het verplicht eigen risico geldt). Dit is een brede groep van mensen met verschillende zorgbehoeften. Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die plotseling eenmalig ziekenhuiszorg nodig hebben, en ook mensen met een (chronische) aandoening waarvoor ze af en toe naar het ziekenhuis moeten. Concreet zullen circa 1 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld € 100 minder aan verplicht eigen risico betalen.

Mensen met hoge zorgkosten – dit kan ook buiten de medisch-specialistische zorg zijn – zullen vanwege hun hoge zorggebruik waarschijnlijk alsnog hun eigen risico volmaken. Zij blijven net

als in de huidige systematiek maximaal € 385 verplicht eigen risico betalen op jaarbasis. Het kabinet heeft ten aanzien van deze groep enkele andere maatregelen genomen om de lasten van eigen betalingen te verminderen, zoals het bevroren van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025, en de maximering van de bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel in 2023. Daarnaast wordt een monitor opgezet om meer inzicht te krijgen in de mate van stapeling van eigen betalingen over de stelsels heen. Overigens gaat er na de wijziging van het eigen risico niemand méér eigen risico betalen, omdat het maximale eigen risico € 385 blijft.

De maatregel heeft, behoudens eenmalige kennisnemingskosten, geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers. Verzekerden hoeven geen extra investeringen te doen anders dan het leren begrijpen van de maatregel.

Zorgverzekeraars

Het eigen risico wordt geïnd door de zorgverzekeraar. Een wijziging in de toepassing van het eigen risico betekent dat de zorgverzekeraars hun ICT-systemen en informatievoorziening moeten aanpassen voor het innen van het eigen risico. Omdat de maatregel aansluit bij de huidige bekostiging, hoeft er geen aparte declaratiestroom in het leven te worden geroepen. Maar zorgverzekeraars moeten wel hun administratie anders gaan inrichten, opdat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in 'tranches' wordt verrekend. Ook moet het ICT-systeem zo worden aangepast, dat de meerkosten (dat wil zeggen de kosten boven € 150) van een prestatie in de medisch-specialistische zorg toegerekend worden aan het vrijwillig eigen risico voor zover een verzekerde daarvoor gekozen heeft. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars meer rekeningen naar hun verzekerden moeten sturen, omdat verzekerden in meerdere stappen hun eigen risico volmaken. Door de toename van het aantal rekeningen voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico, zullen de uitvoeringslasten toenemen. Ook het verwerken van correcties op een declaratie door een zorgaanbieder, is complexer wanneer men ook een vrijwillig eigen risico heeft dat in de nieuwe situatie sneller wordt aangesproken. Eventuele invorderingswerkzaamheden van zorgverzekeraars kunnen ook toenemen. Dat is op voorhand niet zeker, omdat de rekeningen zelf lager zullen zijn (en verzekerden mogelijk makkelijker en sneller hun rekening kunnen betalen). Ten slotte zullen zorgverzekeraars, voorafgaand aan inwerkingtreding van de maatregel en in het eerste jaar na inwerkingtreding, meer vragen krijgen van verzekerden over het verrekende eigen risico. Het kabinet acht de toegevoegde waarde van de maatregel in passende verhouding tot bovengenoemde uitvoeringslasten.

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gevraagd om een preciezere inschatting te maken van extra verrichtingen en de kosten die bij de maatregel komen kijken. Deze inschatting wordt na afloop van de internetconsultatie toegevoegd aan deze nota.

Zorgaanbieders

De maatregel heeft geen gevolgen voor de administratie van zorgaanbieders, omdat zij geen extra investeringen hoeven te doen of inspanningen te verrichten. Zorgaanbieders moeten door de wijziging wel rekening houden met meer vragen van patiënten over de gedeclareerde producten bij de zorgverzekeraar. De verwachting is dat het aantal vragen afneemt als verzekerden gewend zijn aan de nieuwe wijze van verrekening van het eigen risico. De inschatting is dat de meeste vragen aan de zorgverzekeraar zullen worden gesteld, omdat zij de rekening van het eigen risico versturen en er voor de meeste mensen op dat moment pas aanleiding ontstaat voor eventuele vragen. Om het begrip van de maatregel te vergroten en daarmee de vragen voor zorgaanbieders en -verzekeraars te verkleinen, zal een informatiecampagne worden opgezet in 2024.

Overheid

Het budgettaire effect bestaat uit twee delen: een derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico omdat een deel van de verzekerden minder eigen risico gaat betalen en lagere zorgkosten door het grotere kostenbewustzijn (het remgeldeffect).

In de oude situatie betaalde iemand die medisch-specialistische zorg genoot, doorgaans in één klap het volledige bedrag van het verplicht eigen risico van € 385. Omdat de bijdrage in de medisch-specialistische zorg wordt gemaximeerd op € 150 per prestatie, zullen mensen gemiddeld minder eigen risico hoeven te betalen. Een aanzienlijk aantal verzekerden die in een

kalenderjaar medisch-specialistische zorg nodig hebben, zal namelijk slechts een of twee dbc's nodig hebben en zal ook niet met andere dan medisch-specialistische zorg het gehele verplicht eigen risico (€ 385) volmaken. Hierdoor neemt de opbrengst van het eigen risico af met € 118 miljoen op jaarbasis.

Het ministerie van VWS heeft op basis van cijfers van het Zorginstituut Nederland berekend hoeveel mensen een lager eigen risico zullen betalen en hoeveel ze minder gaan betalen. Hiervoor is gebruik gemaakt van het ramingsmodel van het ministerie en van gegevens van de behandelingen en zorgkosten van alle verzekerden in Nederland. In die gegevens staat bijvoorbeeld hoeveel dbc's en ozp's iemand heeft, hoeveel die kosten en hoeveel overige zorgkosten een verzekerde nog heeft. In de berekening is ook meegenomen dat verzekerden het verplicht eigen risico alsnog kunnen volmaken met nieuwe dbc's of met andere zorg dan medisch-specialistische zorg.

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 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg weliswaar minder hoog, maar mensen zullen door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling langer nadenken of een beoogde behandeling passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel hun volledige verplicht eigen risico volmaken. Dit resulteert in afname van zorggebruik en daardoor een daling van de collectieve zorguitgaven van € 317 miljoen per jaar. Het gedragseffect is gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB), die dit bedrag (€ 317 miljoen) heeft berekend met behulp van een microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen. Dit model wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in Kaart 2020 , Keuzes in Kaart 2022 t/m 2025 en de doorrekening van de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord. Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.