

Consultatieverslag ontwerp-amvb 'Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg'

Onderwerp van de consultatie

Met de voorgelegde wijziging van het Besluit zorgverzekering geldt vanaf 2025 een maximumbedrag van € 150 per gedeclareerde prestatie voor medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat mensen niet meer in één keer hun gehele eigen risico hoeven te betalen als de prestatie bij een behandeling in de medisch-specialistische zorg € 385 of meer kost. In plaats daarvan betalen zij per prestatie een bedrag van maximaal € 150. Deze maatregel verandert niets aan de totale hoogte van het verplicht eigen risico (€ 385 euro).

Looptijd van de internetconsultatie

De internetconsultatie heeft plaatsgevonden in de periode van 8 maart tot en met 5 april 2023.

Voorgelegde vraag

Er is gevraagd om te reageren op de gehele amvb en bijbehorende nota van toelichting.

Opbrengst

De internetconsultatie heeft geleid tot 15 reacties, namelijk van de Patiëntenfederatie, de Consumentenbond, Ieder(in), ZN, de NVZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en van 9 individuen.

Naar aanleiding van de reacties is in hoofdstukken 3 en 4 van de nota van toelichting de uitleg van het verwachte remgeldeffect als gevolg van de maatregel en de onderbouwing van de inschatting uitgebreider beschreven. De reacties gaven geen aanleiding om het besluit zelf aan te passen.

Vervolg

- Het ontwerpbesluit zal van 30 juni tot 25 september worden voorgelegd bij beide Kamers der Staten-Generaal. Dit biedt de Kamers de mogelijkheid zich uit te spreken over het ontwerpbesluit.
- Daarna wordt het ontwerpbesluit voorgelegd aan de Afdeling advisering van de Raad van State. Na het advies van de Afdeling advisering zal het nader rapport worden opgemaakt en kan het besluit worden vastgesteld en gepubliceerd.
- Om op tijd zekerheid te bieden aan alle partijen, zodat er ruim de tijd is voor een goede voorbereiding, wordt gestreefd naar plaatsing in het Staatsblad rond 1 januari 2024.
- Inwerkingtreding vindt plaats op 1 januari 2025.

Bespreking van de binnengekomen reacties

De reacties zijn samen te vatten in vijf thema's, die hierna opeenvolgend zullen worden besproken.

1. Begrijpelijkheid

Door meerdere partijen zijn zorgen geuit over de begrijpelijkheid van de maatregel. Gevreesd wordt dat een verzekerde na een ziekenhuisbezoek niet precies weet hoeveel prestaties er voor hem gedeclareerd zullen worden. Zo kan een verzekerde na bezoek aan een kaakchirurg twee prestaties gedeclareerd krijgen (waarbij er dus twee keer € 150 aan eigen risico wordt aangesproken), terwijl een grote hartoperatie maar tot één dbc-prestatie kan leiden. Dit is niet intuïtief en voorspelbaar voor verzekerden, en omdat het eigen risico als gevolg van de maatregel in meer stappen wordt geïnd, zal dit vaker tot vragen leiden. De genoemde punten worden onderkend. In de nota van toelichting zijn reeds alternatieven voor deze maatregel in kaart gebracht die begrijpelijker zijn voor verzekerden. Die bleken echter complex in de uitvoering en

vergen ingrijpende wijzigingen. Er is daarom gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging. Het is voor verzekerden dus van belang dat zij zich desgewenst goed laten informeren over het aantal prestaties dat gedeclareerd gaat worden. Daarnaast is van belang dat wordt ingezet op een actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen. De ontvangen reacties onderstrepen de noodzaak hiervan.

Ten tweede wordt de samenloop tussen het verplicht en het vrijwillig eigen risico als complex beschouwd. In de nota van toelichting is opgemerkt dat het een bewuste keuze is om de doelen en werking van het vrijwillig eigen risico zoveel mogelijk in stand te houden. Van de in de nota van toelichting besproken alternatieven benadert de voorgestelde variant, waarin het vrijwillig eigen risico direct wordt belast nadat de eerste € 150 aan eigen risico wordt aangesproken, de bestaande situatie het beste. Wel heeft dit inderdaad als gevolg dat verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico, dit sneller aanspreken dan nu het geval is. Ook kan hierdoor voor sommige mensen de keuze voor een vrijwillig eigen risico complexer worden.

Ten derde wordt genoemd dat de 'jaargrensproblematiek' niet wordt opgelost. Ziekenhuizen registreren de diagnose, behandeling en kosten in een zogenaamde dbc¹. De dbc is de basis voor declaratie van de zorg bij de zorgverzekeraar en de patiënt. Met de jaargrensproblematiek wordt bedoeld dat het jaartal waarvoor iemand de factuur voor het eigen risico ontvangt, niet altijd correspondeert met het jaar waarin diegene in het ziekenhuis is geweest – hetgeen niet bijdraagt aan de begrijpelijkheid bij inning van het eigen risico.² Dat de dbc-systematiek lastige materie is voor patiënten en dat het in sommige gevallen zelfs voor verwarring zorgt, wordt onderschreven. Het is echter niet mogelijk om dit op te lossen, zonder van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te vragen een nieuwe en aparte registratiestroom in het leven te roepen die losstaat van de bestaande declaratiesystematiek. De hiervoor benodigde wijzigingen in de administratieve systemen van zorgaanbieders en -verzekeraars zouden forse investeringen vragen en aanzienlijke administratieve lasten met zich meebrengen. Er is voor gekozen om dergelijke ingrijpende wijzigingen te vermijden en zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging. De onduidelijkheid van de jaargrensproblematiek kan daarom niet worden opgelost met deze maatregel.

Ten vierde geven sommigen aan dat de afbakening naar alleen de medisch-specialistische zorg voor verwarring zorgt. Dit is voor mensen een extra dimensie om te onthouden. Ook weet men vooraf niet altijd precies welke zorg msz-zorg betreft. Men heeft lang moeten wennen aan een nieuwe systematiek en nu het eigen risico sinds 2017 hetzelfde bedrag is, is er wat meer begrip gekomen. Een aantal partijen verwacht dat er met deze maatregel langdurig meer vragen komen, met bijbehorende administratieve lasten.

Om de in deze paragraaf genoemde redenen wordt ingezet op een actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen. De ontvangen reacties onderstrepen de noodzaak hiervan. Er is ruim de tijd voor een uitgebreide voorlichting, aangezien de maatregel vanaf 2025 ingaat. De komende periode zal gebruikt worden voor het treffen van voorbereidingen. Hierbij zullen zorgverzekeraars en zorgaanbieders betrokken worden. Tot slot zal bij de evaluatie van deze maatregel aandacht besteed worden aan de mate waarin verzekerden de nieuwe systematiek begrijpen.

¹ Een dbc geldt voor maximaal 120 dagen (4 maanden). De kosten worden door de zorgaanbieder pas bij de zorgverzekeraar gedeclareerd nadat de dbc is afgerond. Voor de toepassing van het eigen risico is de datum waarop de dbc wordt geopend, bepalend. Als de behandeling daarna doorloopt, zal *aansluitend* een nieuwe (vervolg)dbc worden geopend.

² Doordat vervolg-dbc's 120 dagen lopen is het mogelijk dat een vervolg-dbc in twee kalenderjaren valt. Het eigen risico wordt dan toegerekend aan het jaar waarin de vervolg-dbc is geopend, ongeacht in welk jaar de zorg is geleverd. Volgens de NZa ondervonden in 2020 van de totaal 870.000 patiënten met een zorgtraject dat de jaargrens passeert 80.000 patiënten nadeel van de systematiek. En 105.000 patiënten voordeel.

Tot slot wordt opgemerkt dat, alhoewel uit de reacties blijkt dat er situaties kunnen zijn waarin het voor verzekerden onduidelijk is wat zij exact aan eigen risico moeten betalen, er voor verzekerden een belangrijke zekerheid is dat niemand als gevolg van deze maatregel méér eigen risico gaat betalen. Het maximale totale verplicht eigen risico wijzigt immers niet als gevolg van deze maatregel.

2. Vrijwillig eigen risico

Enkele partijen geven aan dat de gekozen vormgeving van het vrijwillig eigen risico complex is en benadrukken dat dit de keuze voor een vrijwillig eigen risico (of niet) ook complexer maakt. In de nota van toelichting en in paragraaf 1 van dit consultatieverslag is reeds opgemerkt dat het een bewuste keuze is om de doelen en werking van het vrijwillig eigen risico zoveel mogelijk in stand te houden. Van de overwogen alternatieven benadert de voorgestelde variant, de bestaande situatie het beste. Wel kan hierdoor voor sommige mensen de keuze voor een vrijwillig eigen risico complexer worden. Zoals eerder in dit consultatieverslag benoemd is het van belang dat wordt ingezet op een actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen.

Ten tweede vragen sommigen zich af waarom een maximumbedrag voor het vrijwillig eigen risico niet tot een verlengd remgeldeffect leidt. Zoals opgemerkt in de nota van toelichting zijn mensen die een vrijwillig eigen risico kiezen vaak gezond en hebben ze lage zorgkosten. Recent onderzoek van Equalis³ laat zien dat in de huidige situatie en vormgeving 84% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico van € 500 hun verplicht eigen risico niet vol maakt. Zij hebben dus ook geen eigen betalingen voor hun vrijwillig eigen risico. Deze verzekerden zullen naar verwachting heel weinig gebruik maken van medisch-specialistische zorg en daarom weinig effect ondervinden van een wijziging in het eigen risico.

Ten slotte geeft men aan dat het vrijwillig eigen risico minder aantrekkelijk wordt door deze nieuwe regeling. Zoals reeds opgemerkt zijn er alternatieve invullingen van de aansluiting van het vrijwillig eigen risico op de tranches aan verplicht eigen risico zijn onderzocht, maar lijken deze de werking van het vrijwillig eigen risico af te zwakken. Het is bijvoorbeeld mogelijk het vrijwillig eigen risico pas aan te laten spreken nadat het verplicht eigen risico is volgemaakt. Bij een maximumbedrag van € 150 per prestatie voor medisch-specialistische zorg zou dat echter kunnen betekenen dat een grote groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico nooit meer het vrijwillig eigen risico zou hoeven aanspreken omdat ze vaak gezond zijn en lage zorgkosten hebben. Daarmee zou het instrument 'vrijwillig eigen risico' worden ondergraven.

3. Remgeldeffect

Er zijn door meerdere partijen zijn vragen gesteld over het remgeldeffect. Verschillende partijen vragen zich af waarom het remgeldeffect in omvang kan toenemen terwijl de eerste drempel tot zorg juist lager wordt. In de nota van toelichting wordt beschreven dat op dit moment mensen in de medisch-specialistische zorg vaak al direct voor het eerste consult bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico betalen. Dat betekent dat zij voor alle behandelingen en zorg na dat eerste consult geen extra eigen risico hoeven te betalen (tenzij ze nog een vrijwillig eigen risico hebben). Door het maximumbedrag van € 150 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg wordt lager. Dit is positief, omdat het huidige bedrag van € 385 als een te hoge drempel kan worden ervaren en er in sommige gevallen toe kan leiden dat mensen afzien van zorg die zij wel nodig hebben. Er blijft echter wel een financiële drempel bestaan en deze wordt daarnaast verlengd. Er ontstaat dus een financiële prikkel voor zorg na het eerste

³ Tweede Kamer 2022/23, Kamerstuk 29689, nr. 1191 (12 april 2023)

consult of behandeling terwijl die er in de huidige situatie niet meer is. Dat komt omdat verzekerden minder snel hun volledige verplichte eigen risico volmaken en voor elke extra behandeling opnieuw € 150 moeten betalen (tot een maximum van € 385). Hierdoor zullen mensen door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling opnieuw nadenken of een beoogde behandeling passend en nodig is. Per saldo neemt het remgeldeffect toe en daardoor de zorguitgaven af. De tranchering van het verplicht eigen risico verhoogt overigens niet alleen het kostenbewustzijn van verder gebruik van medisch-specialistische zorg, maar ook van andere zorg waarvoor het verplicht eigen risico geldt. Stel dat een verzekerde bijvoorbeeld niet meer meteen zijn of haar gehele eigen risico vol maakt met een behandeling in de medisch-specialistische zorg, dan betekent dat hij of zij ook nog eigen risico moet betalen voor bijvoorbeeld een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Ook in die andere sectoren zullen mensen dus langer nadenken of een beoogde behandeling passend en nodig is.

Uit de reacties blijkt ten tweede dat er behoefte is aan verdere uitleg over het model dat gebruikt is en de precieze berekening van de budgettaire effecten die is gemaakt. Sommigen vragen zich af of het gebruikte model gevalideerd is en geven aan dat de uitkomsten van een model onzeker zijn. Verder wordt ook gevraagd of het document waar naar verwezen wordt wel precies gaat over de maatregel. Ook wordt gevraagd of de premie omhoog zal gaan als het remgeldeffect kleiner blijkt dan verwacht. In de nota van toelichting is aangegeven dat het CPB in 2022 ten behoeve van de analyse van de economische en budgettaire effecten van het coalitieakkoord een inschatting heeft gemaakt van het remgeldeffect van de maatregel. Het ministerie van VWS heeft deze inschatting geactualiseerd aan de hand van nieuwere en meer complete gegevens over het zorggebruik en de zorgkosten. Ook zijn meer recente inschattingen van de ontwikkeling van volume en prijzen in de zorg toegepast.

De manier waarop het CPB het model gebruikt heeft om het remgeldeffect van een maximumbedrag van € 150 per prestatie te berekenen, wordt beschreven bij maatregel 61 'Vaste eigen bijdrage per dbc' in Zorgkeuzes in Kaart 2020⁴. Het model zelf wordt technisch en zeer gedetailleerd uitgelegd door het CPB in een wetenschappelijk Discussion Paper⁵ en op hoofdlijnen en toegankelijker in een Achtergronddocument⁶. Het microsimulatiemodel van het CPB 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. 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 maar bijvoorbeeld ook de situatie in de Verenigde Staten^{7,8,9,10}. Het blijft echter berekening en een model en die zijn onzeker. Daarom zal de maatregel ook geëvalueerd en de effecten in kaart gebracht worden.

Ten derde blijkt uit de reacties dat men positief is over de maatregel omdat het een stap in de goede richting is om zorgmijding te verminderen. Sommigen vragen zich wel af hoe het kan dat de maatregel leidt tot én een afname van zorgmijding én een besparing vanwege het remgeldeffect.

⁴ Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Financiën, 2020, 'Zorgkeuzes in Kaart', maatregel 61, p. 225 - 228.

⁵ Boone, J. en M. Remmerswaal, 2020, 'A Structural Microsimulation Model for Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare'

⁶ Centraal Planbureau, 2020, 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg'.

⁷ 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.

⁸ Remmerswaal, M., J. Boone, and R. Douven, 2019, Selection and moral hazard effects in healthcare, CPB Discussion Paper.

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 Zie bijvoorbeeld het nog steeds meest belangrijke onderzoek naar de effecten van eigen betalingen op zorggebruik van J.P. Newhouse en co-auteurs uit 1993: 'Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment'.

Men vraagt zich af of de maatregel ook tot meer niet-passende zorg zal leiden, bijvoorbeeld wanneer patiënten kleine ingrepen of diagnostisch onderzoek vanwege het lagere eigen risico juist in het ziekenhuis laten uitvoeren in plaats van in de eerstelijnszorg. In de nota van toelichting wordt beschreven dat het vooruitzicht van een rekening van € 385 (of hoger als er ook nog voor een vrijwillig eigen risico is gekozen) voor mensen als een hoge drempel kan worden ervaren en er in sommige gevallen toe kan leiden dat mensen afzien van zorg die zij wel nodig hebben. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 385 naar maximaal € 150 per prestatie, is de financiële drempel verlaagd. Daarnaast zullen mensen langer nadenken of een beoogde behandeling passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel hun volledige verplichte eigen risico volmaken. Mocht er door deze verlengde drempel afgezien worden van passende of noodzakelijke zorg, dan is dat vanzelfsprekend geen gewenst effect, maar omdat de hoogte van het maximale eigen risico niet toeneemt, is de verwachting dat zo'n effect niet optreedt. Het is niet de verwachting dat er substitutie van eerste- naar de tweedelijnszorg zal plaatsvinden als gevolg van de maatregel. In de eerste plaats is de huisartsenzorg uitgezonderd van eigen risico, dus dat is financieel altijd het meest aantrekkelijk. Bovendien is een verwijzing nodig voor gebruik van zorg in de tweede lijn. Daarnaast blijft er een eigen risico (van maximaal € 150 per prestatie) voor behandelingen in de medisch-specialistische zorg. De effecten van de maatregel zullen overigens geëvalueerd worden.

Ten slotte geven sommige partijen aan dat een (slimmer) eigen risico in de medisch-specialistische zorg geen zin heeft. Zij geven aan dat juist in de medisch-specialistische zorg er vaak geen keuzevrijheid bestaat, de patiënt wordt doorverwezen en beschikt niet over de kennis, kunde en ervaring om de zorgvraag in te schatten. Dit beeld wordt herkend, maar moet genuanceerd worden. De medisch-specialistische zorgsector is omvangrijk en gevarieerd. Er worden veel patiënten behandeld met uiteenlopende zorgbehoeftes, er zijn veel verschillende vormen van zorg en behandelingen in de medisch-specialistische zorg en zijn veel verschillende type zorgprofessionals werkzaam. Er zullen inderdaad situaties voorkomen waarin een patiënt weinig of geen invloed heeft op de te verlenen zorg. Maar er zullen ook situaties zijn waarbij dat wel zo is. Dat blijkt ook uit onderzoek. Er is veel wetenschappelijk onderzoek (zowel internationaal als voor de Nederlandse zorg¹¹) dat aantoont dat mensen reageren op veranderingen in de prijs van zorg, met andere woorden, veranderingen in het eigen risico. Dat is onderzocht en bewezen voor allerlei vormen van zorg: van medicijnen tot ziekenhuiszorg. Een slimmer eigen risico waarmee de drempel tot zorg zowel verlaagd als verlengd wordt, wordt dus zinvol geacht.

Naar aanleiding van de reacties met betrekking tot het remgeldeffect is de uitleg van het verwachte remgeldeffect als gevolg van de maatregel en de onderbouwing van de inschatting in hoofdstukken 3 en 4 van de nota van toelichting uitgebreider beschreven. De reacties gaven geen aanleiding om het besluit zelf aan te passen.

4. Chronisch zieken

Opgemerkt wordt dat chronische zieken niet in gelijke mate profiteren van de maatregel als mensen die bijvoorbeeld maar 1 keer per jaar in het ziekenhuis komen. In aanvulling merkt Ieder(in) op, dat deze onevenwichtigheid haaks staat op artikel 25 van het VN-verdrag inzake de rechten voor personen met een handicap. In dit artikel staat dat mensen met een beperking recht hebben op hetzelfde zorgaanbod met eenzelfde kwaliteit en volgens dezelfde normen voor gratis of betaalbare gezondheidszorg. Dit recht komt niet in het geding door de wijziging van het eigen risico. De basisverzekering van de Zvw kent immers een basispakket dat voor iedereen gelijk is én waarbij de nominale premie voor een basispolis voor iedereen gelijk is. Ook het maximale verplicht

¹¹ Zie bijvoorbeeld 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.

eigen risico van € 385 is voor iedereen gelijk. De tranchering heeft als doel om het eigen risico effectiever vorm te geven. Veel chronisch zieken zullen inderdaad het verplicht eigen risico alsnog volmaken, omdat zij vaak meerdere dbc's per jaar en ook andere zorg zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen gebruiken. Maar zij profiteren van de maatregel doordat deze leidt tot een vermindering van de zorgkosten en daardoor een dempend effect heeft op de premie. Tot slot wordt benadrukt dat de groep die veel zorg nodig heeft, niet méér eigen risico gaat betalen dan voorheen, aangezien het totale maximale eigen risico (€ 385) hiermee niet verandert.

Ook is opgemerkt dat deze maatregel betrokken moet worden bij het grote plaatje om stapeling van zorgkosten (in brede zin) te beperken voor mensen met een chronische ziekte of beperking. Het kabinet heeft ten aanzien van deze groep enkele andere maatregelen genomen om de lasten van eigen betalingen te verminderen, zoals het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025 en de maximering van de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen tot en met 2024. Daarnaast wordt een monitor opgezet om meer inzicht te krijgen in de mate van stapeling van eigen betalingen over de verschillende domeinen heen. Voor mensen met een lager inkomen draagt de overheid via de zorgtoeslag bij aan de premie voor de basisverzekering en het gemiddelde verplicht eigen risico.

Kortom, in ons curatieve zorgstelsel is sprake van een hoge mate van risicosolidariteit én van inkomenssolidariteit. Het verplicht eigen risico legt slechts een relatief klein deel van de zorgkosten bij de zorggebruiker.

5. Evaluatie van de maatregel

Enkele partijen merken op dat er goed op toegezien moet worden dat de maatregel de gewenste effecten sorteert. In de nota van toelichting is aangegeven dat de gedragseffecten van deze maatregel geëvalueerd zullen worden. Om dit op een intelligente manier te doen en de data al te kunnen verzamelen bij aanvang in 2025, zal reeds in 2023 aan onderzoekers worden uitgevraagd wat een geschikte opzet is. Naar aanleiding van deze reacties is het feit dat de maatregel wordt geëvalueerd, explicieter opgenomen in de nota van toelichting.

Daarnaast wordt in een aantal reacties benadrukt dat het mogelijk moet blijven om de maatregel te wijzigen of terug te draaien als de maatregel niet de verwachte effecten heeft. Dit is echter niet de insteek van de wijziging.