

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum Utrecht, 5 april 2023
ons kenmerk 2023-026
voor informatie Winny Toersen, w.toersen@patientenfederatie.nl 06-22200863
onderwerp Consultatie slimmere toepassing eigen risico medisch specialistische zorg

Geachte heer, mevrouw

Graag maken wij gebruik van de gelegenheid om te reageren op het voorstel 'slimmere toepassing van het eigen risico in de medisch specialistische zorg'. Patiëntenfederatie Nederland geeft in deze brief de volgende aandachtspunten mee.

Het voorstel gaat over het verrekenen van maximaal 150 euro van de kosten voor een behandeling in de medisch specialistische zorg met het verplicht eigen risico. Patiëntenfederatie Nederland is positief over het streven van het kabinet om de drempel tot ziekenhuiszorg voor mensen te verlagen en vooraf meer duidelijkheid te verschaffen over wat een bezoek aan het ziekenhuis je gaat kosten. Tegelijkertijd hebben we ook twijfels over of het voorstel in de praktijk wel zo rooskleurig uitpakt. Ook vinden we dat dit voorstel weinig doet voor mensen met een chronische aandoening of beperking, terwijl het voorstel wordt gepresenteerd als 'voordelig voor iedereen'. Dat lichten we hieronder toe.

Problematiek dbc's en eigen risico

De dbc-systematiek is voor verzekerden nauwelijks navolgbaar. Ieder jaar ontvangen wij hierover de nodige vragen waarbij het vaak lastig is om een begrijpelijke uitleg te geven. Kort samengevat gaat het veelal om:

- Niet vooraf weten welk bedrag je kwijt bent. Voor wie 385 euro een (te) hoog bedrag is, kan dat een drempel vormen voor de toegang tot zorg;
- Hoogte van de rekening in verhouding met ervaren dienstverlening en de controle daarop;
- Verrekening van ziekenhuiskosten met het eigen risico, vooral als er vervolgdbs's in het spel zijn en de jaargrens passeert.

Met de voorgestelde verandering weet je straks vooraf dat je maximaal 150 euro eigen risico kwijt bent bij een bezoek aan de medisch specialist. Daar hebben straks 1 miljoen mensen voordeel bij. Tegelijkertijd zijn er uitzonderingen. Eén opname kan je toch 300 of 385 euro kosten als er naast een 'dbc' ook een 'ozp' op je rekening staat. En mensen met een vrijwillig eigen risico moeten er rekening mee houden dat de kosten boven de 150 euro wel worden verrekend met hun vrijwillig eigen risico. En het voorstel biedt helaas geen verbetering voor de jaargrensproblematiek. Een actieve voorlichtingscampagne is noodzakelijk. Mensen moeten al bij de keuze van hun eigen risico goed begrijpen hoe de verrekening van de ziekenhuiskosten met het (vrijwillig) eigen risico werkt. Hoe zorgen we er dus voor dat het voor mensen makkelijker en duidelijker wordt?

Betekenis voor mensen met een chronische aandoening of beperking

Voor de grote groep mensen met een chronische aandoening of beperking die ieder jaar het volledige eigen risico kwijt zijn en veelal ook te maken hebben met eigen bijdragen en extra zorgkosten voor

niet verzekerde zorg, brengt het voorstel geen soelaas. Daarvoor wordt in het voorstel verwezen naar andere maatregelen. Wij hopen dat de minister zich daarbij laat leiden door eerdere suggesties van onze hand¹.

Toch wordt deze groep in het voorstel ook een klein voordeel in het vooruitzicht gesteld. Geschat wordt dat het verlengd remgeldeffect een voordeel oplevert van 300 miljoen euro. Minus de uitvoeringskosten en de kosten van de verlaging van het maximaal te verrekenen eigen risico voor medisch specialistische zorg, blijft er 200 miljoen over dat bijdraagt aan premieverlaging van gemiddeld 2 euro per betalende verzekerde. Diverse partijen, zoals vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en ziekenhuizen, hebben in aanloop naar dit voorstel hun twijfels over de opbrengst van het verlengde remgeldeffect uitgesproken. Daarmee is het nog maar de vraag of het voorstel een premievoordeel voor iedere premiebetaler meebrengt. Hoe dan ook is een klein premievoor- of nadeel niet herkenbaar voor verzekerden. Door pakketuitbreiding en kostenontwikkelingen gaat de nominale premie doorgaans omhoog.

Uitbreiding naar andere sectoren

Bij het voorstel kondigt de minister aan een vergelijkbare maximering te onderzoeken voor andere sectoren. Dat lijkt ons zeer wenselijk en wij zien graag dat dat zo snel mogelijk gebeurt zodat bij de beoogde invoeringsdatum zoveel mogelijk zorgsectoren ineens worden meegenomen.

Substantieel verlagen eigen risico en afschaffen vrijwillig eigen risico

De verrekening van ziekenhuiskosten met het eigen risico is al langere tijd onderwerp van gesprek, zowel breed maatschappelijk, in de media als in gesprekken aan beleidstafels. In deze gesprekken heeft de Patiëntenfederatie altijd benadrukt dat het substantieel verlagen van het verplichte eigen risico voor iedereen en het afschaffen van het vrijwillig eigen risico, een eenvoudige oplossing is voor een groot deel van de problematiek rondom ziekenhuiskosten het verrekenen van eigen risico.

Evaluatie

De minister is van plan de effecten van de maatregel te evalueren. Dat lijkt ons zeer wenselijk, gelet op twijfels die door betrokken partijen zijn geuit over de verwachte voordelige effecten. Het wanneer en hoe van deze evaluatie blijft in het voorstel nog onbenoemd.

We vragen u bij de verdere voorbereiding en besluitvorming over dit voorstel de punten uit deze brief mee te nemen. Heeft u vragen naar aanleiding van deze brief dan zijn we graag beschikbaar.

Met vriendelijke groet,



Dianda Veldman
Patiëntenfederatie Nederland

¹ Zie [onze brief](#) aan de Kamer voor het debat Zorgverzekeringswet & eigen bijdragen d.d. 27 juni 2022