

Vergaderjaar 2020–2021

35 905

Wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 13 september 2021

Met belangstelling heb ik kennis genomen van de vragen van de leden van de fracties van D66, CDA, SP en GroenLinks in het verslag over de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022. Ik spreek graag mijn waardering uit voor uw voortvarende behandeling van dit wetsvoorstel. Graag ga ik hieronder in op uw vragen. Daarbij wordt de volgorde van het verslag aangehouden.

De antwoorden op de vragen van de leden zijn cursief weergegeven.

I. Algemeen deel

De leden van de **VVD-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij zijn tevreden over de uitwerking van de motie, die met algemene stemmen is aangenomen, over bevrozen van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2022, en hebben geen verdere vragen.

De leden van de **D66-fractie** kunnen zich vinden in het voorgenoemde wetsvoorstel om het eigen risico per 2022 te bevrozen conform motie Kwint c.s. (Kamerstuk 25 295, nr. 1307). Zij zien liever dat er een nieuwe constructie komt van het eigen risico omdat de huidige vorm teveel nadelen met zich meebrengt. Zij hebben voor dit specifieke wetsvoorstel nog enkele verhelderende vragen.

Voor de leden van de D66-fractie is het helder wat de aanleiding is voor dit wetsvoorstel. Met dit wetsvoorstel wordt er gekeken naar het eigen risico zoals deze zal zijn in 2022. Deze leden hebben kennisgenomen van het voornemen om in 2022 ook te starten met een nieuwe bekostigingssystematiek in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) welke van invloed is op het eigen risico. Zij vragen zich af of iemand die een intake heeft in het ene jaar en een behandeling in het andere jaar, twee keer eigen risico moeten betalen. Of vallen intake en behandeling onder hetzelfde eigen risico? Met name omdat sommige mensen in de GGZ momenteel erg lang moeten wachten. Bij patiënten van somatische aandoeningen, zoals een

botbreuk, is het zo dat intake en behandeling onder dezelfde diagnose behandelcombinatie (DBC) vallen en dus eenmalig het eigen risico wordt geïnd.

Onder de nieuwe bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) wordt het eigen risico aangeslagen in het jaar waarin de zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Dit betekent dat voor behandelingen die korter zijn dan een jaar en die over de kalenderjaargrens heenlopen, in twee opeenvolgende jaren het eigen risico kan worden aangeslagen, waar dat nu nog in één jaar gebeurt. In het gevraagde voorbeeld kan het zijn dat iemand in het ene jaar eigen risico betaalt voor het intakegesprek en in het volgende jaar eigen risico betaalt over de behandeling. Overigens zal iemand alleen eigen risico hoeven te betalen over het intakegesprek, indien hij zijn eigen risico niet al heeft volgemaakt met andere zorgkosten dat jaar.

Deze leden vragen voorts of bij het starten van de nieuwe bekostigings-systematiek in de GGZ voorzien was dat dit effecten zou hebben op het eigen risico voor chronische patiënten in de GGZ. Zij vragen hier een reactie op van de regering.

In de voorhangbrief aan uw Kamer van de Staatssecretaris van VWS van 6 oktober 2020¹ over het voornemen een aanwijzing te geven aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) om per 2022 een nieuwe bekostiging in te voeren voor onder meer de GGZ is aangegeven dat deze nieuwe bekostiging gevolgen kan hebben voor het eigen risico dat mensen voor hun GGZ betalen. In deze brief is aangegeven dat de NZa dit in kaart brengt en kijkt naar cliënten met een behandeltraject dat over de jaargrens heen loopt. In het verslag van het schriftelijk overleg van 26 november 2020² over deze voorhangbrief zijn de resultaten van het in kaart brengen door de NZa weergegeven. Tijdens de voorhangprocedure over de invoering van de nieuwe GGZ-bekostiging is dus onderkend dat deze wijziging van de bekostigingssystematiek gevolgen zou hebben voor het eigen risico.

De leden van de D66-fractie vragen voorts of het uitvoeringstechnisch mogelijk is, onder andere bij zorgverzekeraars, om de voorziene problemen in de GGZ, geschetst door onder andere patiëntenorganisatie MIND³, nog voor het jaar 2022 aan te passen. Wanneer is bekend geworden dat deze problemen rondom het eigen risico zouden spelen in de GGZ?

Zoals in antwoord op bovenstaande vraag aangegeven, zijn de gevolgen van de wijziging van de bekostigingssystematiek voor het eigen risico in oktober 2020 onderkend en in november 2020 nader toegelicht. De zorgverzekeraars zijn al geruime tijd bezig, onder andere door aanpassing van hun systemen, zich voor te bereiden op de nieuwe bekostigingssystematiek voor de GGZ. Het is voor de zorgverzekeraars uitvoeringstechnisch niet mogelijk om nog voor het jaar 2022 een aanpassing te doen in de nu bekende systematiek voor het eigen risico.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico in 2022 op € 385 euro wordt gehouden. Deze leden steunen het wetsvoorstel en zijn van mening dat keuzes over verdere aanpassingen van het eigen risico aan

¹ Kamerstukken II 2020/2021, 25 424 nr. 554

² Kamerstukken II 2020/21, 25 424 nr. 578

³ MIND, 7 september 2021, Zorgprestatie model (<https://mindplatform.nl/media/6321/download/Brief%20Mind%20inz.%20Eigen%20Risico%2C%20ref.%202021-044.pdf?v=1>).

een nieuw kabinet is. Deze leden hebben wel nog een enkele vraag met betrekking tot het zorgprestatie­model dat per 2022 ingevoerd wordt in de GGZ en de gevolgen daarvan voor het eigen risico dat cliënten voor een behandeling betalen. Deze leden vragen of het klopt dat door de nieuwe systematiek in totaal ongeveer € 17 miljoen euro extra ten laste komt van cliënten in de GGZ.

De NZa heeft in kaart gebracht wat de gevolgen van de bekostigingswijziging zijn voor het eigen risico dat cliënten betalen. Het gaat daarbij om een benadering. De NZa heeft laten weten dat er voor minimaal 91% van de GGZ-clie­nten geen gevolg is voor het eigen risico dat zij betalen. Voor naar schatting maximaal 9% van de GGZ-clie­nten is er wel een gevolg. Deze groep zal mogelijk meer eigen risico gaan betalen, waarbij het bedrag dat deze cliënten meer gaan betalen afhankelijk is van hun persoonlijke situatie. Dit heeft de Staatssecretaris van VWS in eerderge­noemd verslag van het schriftelijk overleg van 26 november 2020 met uw Kamer gedeeld. Het gaat bij benadering om een groep van 100.000 mensen. In totaal zou het mogelijk gaan om 17 miljoen euro. De NZa baseert de schatting op ongunstige veronderstellingen: andere veronder­stellingen zouden een lager percentage opleveren en een lager bedrag opleveren.

Deze leden vragen daarnaast in hoeverre een mogelijk andere systematiek van eigen risico, waarbij per behandeling maximaal de helft van het eigen risico in rekening wordt gebracht, hier invloed op heeft. Welk bedrag zou in dat geval extra ten laste komen van cliënten in de GGZ?

De NZa heeft de gevolgen van de wijziging van de bekostiging van de GGZ ingeschat op basis van de huidige systematiek van het eigen risico. Een andere systematiek van eigen risico is uiteraard – met een voldoende implementatietermijn – denkbaar, maar de gevolgen hiervan zijn nu niet bekend.

De leden van de **SP-fractie** steunen de bevrozing van het eigen risico voor 2022, echter blijven zij voorstander van volledige afschaffing van deze boete op ziek zijn.

Genoemde leden hebben met verontrusting kennisgenomen van het bericht dat chronisch psychiatrische patiënten jaarlijks eigen risico moeten gaan betalen⁴. Hoe kijkt de regering aan tegen dit bericht? Wat vindt de regering er bijvoorbeeld van dat er straks meer mensen, die gewoon chronisch hulp nodig hebben, door de invoering van het zorgprestatie­model in de GGZ, zorg gaan mijden?

Chronische GGZ-clie­nten die jaar op jaar een beroep doen op de GGZ gaan ten opzichte van nu niet meer eigen risico betalen. Dat komt omdat zij nu reeds nagenoeg elk jaar hun eigen risico opmaken. Deze groep GGZ-clie­nten gaat dus niets extra's betalen. Bovendien heeft voorliggend wetsvoorstel het gevolg dat het eigen risico volgend jaar ook niet stijgt. Het is dus niet aannemelijk dat de invoering van het zorgprestatie­model zal leiden tot meer zorgmijding bij deze groep.

Daarnaast vragen zij welke kosten er zullen worden veroorzaakt door chronisch psychiatrische patiënten jaarlijks eigen risico te laten betalen. Hoeveel kosten zullen er bijvoorbeeld worden veroorzaakt door extra zorgmijding in de GGZ, wat voor extra belasting van de politie, omwonenden en de samenleving gaat zorgen?

⁴ NRC, 2 september 2021, «Chronisch psychiatrische patiënten moeten jaarlijks eigen risico gaan betalen» (<https://www.nrc.nl/nieuws/2021/09/02/chronisch-psychiatrische-patienten-moeten-jaarlijks-eigen-risico-gaan-betalen-a4056884>).

Chronische GGZ-cliënten die jaar op jaar een beroep doen op de GGZ gaan ten opzichte van nu niet meer eigen risico betalen. Het is dus niet aannemelijk dat de invoering van het zorgprestatie­model in de GGZ bij deze groep tot extra zorgmijding zal leiden. Daarom verwacht ik hierdoor ook geen extra kosten voor de genoemde posten.

De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben met belangstelling het wets­voorstel rondom de wijziging van de Zorgverzekering­swet in verband met het be­vriezen van het eigen risico tot zich genomen. Zij zijn blij dat de motie Kwint c.s. (Kamerstuk 25 295-1307) met algemene stemmen is aangenomen dat tot dit wets­voorstel heeft geleid. Hierdoor steekt de Kamer er een stokje voor dat het eigen risico met € 10 stijgt. Genoemde leden zijn überhaupt geen voor­stander van een eigen risico voor lage- en middeninkomens.

Is de regering er bekend mee dat het eigen risico ook tot zorgmijding leidt? Is de regering er tevens bekend mee dat zorgmijding op den duur tot hogere zorgkosten kan leiden? Genoemde leden vragen zich af waarom dit gegeven niet is opgenomen in de memorie van toelichting. Wordt zorgmijding en de bijbehorende kosten daarvan überhaupt meegenomen in de huidige modellen?

Het is ongewenst als mensen vanwege de kosten afzien van noodzakelijk zorg. Gelukkig zien we al jaren een dalende trend in het percentage mensen dat aangeeft te hebben afgezien van zorg vanwege kosten: van 16% in 2016 naar 7% in 2020.⁵

Het CPB heeft in het kader van Zorgkeuzes in Kaart (ZiK) onderzoek gedaan naar het remgeldeffect als gevolg van het eigen risico. Het CPB neemt daarin mee dat het eigen risico leidt tot lager zorggebruik. Ook neemt het CPB mee dat zorgmijding kan leiden tot hogere zorgkosten op een later moment⁶. De inzichten bij ZiK zijn gebruikt bij het bepalen van het remgeldeffect van het be­vriezen van het eigen risico. Die zijn toegelicht in de memorie van toelichting.

De leden van de GroenLinks-fractie wijzen de regering erop dat de indieners van de motie Kwint c.s. (Kamerstuk 25 295-1307) van mening zijn dat de eigen betalingen in de zorg niet zouden moeten stijgen totdat er een nieuw kabinet intreden doet. De regering lijkt deze opvatting in de memorie van toelichting te bevestigen. Tot verbazing van genoemde leden lijkt het er echter op dat naar verwachting circa 100.000 patiënten in de GGZ vanwege de introductie van het zorgprestatie­model straks méér eigen risico gaan betalen dan nu het geval is. Dit is dus een stijging van zorgkosten voor menig Nederlander. De komende tijd zullen duizenden wachtenden op de wachtlijst eindelijk een behandeling ontvangen en vervolgens nietsvermoedend twee keer het eigen risico moeten betalen. De leden van de GroenLinks-fractie wijzen de regering erop dat het eigen risico op kan lopen tot maximaal € 885.

Is de regering er bekend mee dat juist mensen met psychische problemen vaker lage inkomens­groepen betreffen, vaker (tijdelijk) geen werk hebben vanwege hun aandoening en ook vaker beroep doen op de schuldhulpverlening? Klopt het dat circa 100.000 patiënten in de GGZ straks meer eigen risico moeten betalen?

⁵ Financiële toegankelijkheid: afzien van zorg vanwege de kosten | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvenz.nl)

⁶ Zie <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZiK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringwet.pdf>

De regering is zich ervan bewust dat mensen met psychische problemen vaker (tijdelijk) geen werk hebben en dat het hebben van ernstige schulden een aanleiding kan zijn om psychische klachten/problematiek te ontwikkelen. Ook is bekend dat ggz-gebruik bij lage inkomensgroepen hoger is.

Zoals eerder in deze nota naar aanleiding van het verslag aangegeven, gaan maximaal 9% van de GGZ-cliënten mogelijk meer eigen risico betalen; het gaat inderdaad bij benadering om een groep van 100.000 mensen. Het betreft een groep die niet elk jaar een beroep doet op de GGZ en verder ook geen of weinig andere zorg gebruikt. Wie dit concreet betreft, is afhankelijk van de persoonlijke situatie. De NZa baseert deze schatting op – vanuit het perspectief van de GGZ-cliënt – ongunstige veronderstellingen. Andere veronderstellingen zouden een lager percentage en aantal opleveren.

Weet de regering precies wie deze mensen zijn en zo nee, kan dit zo spoedig mogelijk in kaart worden gebracht?

Het antwoord op de vraag of in een individuele situatie als gevolg van de gewijzigde bekostigingssystematiek voor de GGZ meer eigen risico moet worden betaald dan zonder deze wijziging, is niet alleen afhankelijk van wanneer een GGZ-traject is gestart of beëindigd, maar ook van de vraag of er om andere redenen het eigen risico wordt aangesproken. Het is dus niet op voorhand vast te stellen wie er meer eigen risico zal gaan betalen in 2022 als gevolg van de wijziging van de bekostigingssystematiek voor de GGZ. Wie dit concreet betreft, is afhankelijk van de persoonlijke situatie. Dit in kaart brengen kan uitsluitend achteraf op basis van een beoordeling van individuele dossiers waar de zorgverzekeraars over beschikken. Ik kan dit daarom niet in kaart brengen.

Hoe komt het dat dit probleem niet expliciet aan de Kamer is voorgelegd?

In antwoord op de vraag van de leden van de fractie van D66 aan het begin van deze nota naar aanleiding van het verslag is aangegeven dat bij brief van 6 oktober 2020 onderkend is dat de wijziging van de bekostigingssystematiek voor de GGZ gevolgen kon hebben voor het eigen risico. In een verslag van een schriftelijk overleg van 26 november 2020 is dit nader gekwantificeerd en toegelicht. Voor een nadere duiding van de inhoud van deze stukken op dit punt wordt korthedshalve naar bedoeld antwoord verwezen.

Hoeveel moet deze lastenverzwaring naar schatting opleveren? De leden van de GroenLinks-fractie hopen spoedig hierop antwoord te ontvangen.

Zoals opgenomen in het antwoord op vraag 4 gaat het bij benadering om een macrobedrag van 17 miljoen euro aan opbrengst eigen risico. Omdat de collectieve zorguitgaven daardoor iets lager zijn, kunnen zorgverzekeraars ook de nominale premie iets lager vaststellen. Het gaat dus niet om een lastenverzwaring van 17 miljoen euro.

Vervolgens vragen de leden van de GroenLinks-fractie of de regering bereid is om een regeling te ontwerpen waarbij de patiënten die nu extra moeten gaan betalen kunnen worden gecompenseerd, en of de regeling waardoor GGZ-patiënten extra moeten betalen herzien kan worden, als dat niet lukt voor 1 januari 2022, dan wel voor 1 januari 2023.

Een compensatieregeling specifiek voor de groep van GGZ-patiënten die door de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel meer eigen risico betalen dan onder het huidige bekostigingssysteem, is in de eerste plaats niet nodig. Er zijn verschillende maatregelen om ervoor te zorgen dat

iedereen zijn eigen risico kan betalen. Zo ontvangen huishoudens met een laag inkomen hiervoor zorgtoeslag, bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen en hebben gemeenten de middelen om tot financieel maatwerk te komen voor hun inwoners. Ook GGZ-cliënten kunnen daar gebruik van maken. Daarnaast is een compensatieregeling specifiek voor deze groep zeer lastig uitvoerbaar, ook omdat de betaling van het eigen risico van meer factoren afhangt dan de ontvangen GGZ-zorg.

Voor 2022 kan de systematiek van het eigen risico voor de GGZ niet meer worden gewijzigd. De zorgverzekeraars hebben zich op deze systematiek voorbereid en de tijd ontbreekt om nog ingrijpende aanpassingen in de systemen van de zorgverzekeraars door te voeren. Uiteraard zijn aanpassingen voor het jaar 2023 in technische zin wel mogelijk. Of deze aanpassingen wenselijk zijn en zo ja, hoe deze er dan uit zien is, gelet op de demissionaire status van het kabinet, aan het volgend kabinet.

1. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

De leden van de **D66-fractie** lezen dat door een lager eigen risico er naar verwachting iets meer zorggebruik gaat opleveren. Deze leden zien verderop in de memorie van toelichting dat verwacht wordt dat het hier gaat om 80 miljoen euro aan zorgkosten.

Klopt het dat als het eigen risico met 10 euro zou stijgen, dat dit remgeld-effect zorgt voor 80 miljoen minder aan zorgkosten? Waar is dit bedrag op gebaseerd? Kan de regering nader toelichten op welke doelgroep patiënten deze 80 miljoen betrekking heeft?

Wanneer het eigen risico met 10 euro was gestegen is de verwachting dat het remgeldeffect zorgt voor 80 miljoen minder aan zorgkosten. In dit bedrag is zowel meegenomen het remgeldeffect als hogere zorgkosten door zorgmijding. De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn vorig jaar onderzocht en beschreven door het Centraal Planbureau. Zie het rapport Zorgkeuzes in Kaart (CPB, 2020) en de hierboven genoemde bijlage Eigen betalingen in ZiK. Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van het budgettaire remgeldeffect van dit wetsvoorstel. Het is niet mogelijk om te specificeren op welke doelgroep of welke zorg deze 80 miljoen betrekking heeft.

Is er bekend of deze 10 extra euro bijdraagt aan het mijden van noodzakelijke dan wel niet-noodzakelijke zorg?

Het eigen risico bevordert het kostenbewustzijn van verzekerden en draagt op die manier bij aan beheersing van de collectieve zorguitgaven die door alle premie- en belastingbetalers moeten worden gedragen. Zonder eigen risico zou het zorggebruik hoger liggen. Het is niet bekend in welke mate mensen noodzakelijke of niet-noodzakelijke zorg uitstellen als gevolg van het eigen risico.

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de effecten op de nominale premie. Betreft het hier de effecten op de jaarpremie of de maandpremie?

Het betreft hier het verwachte effect op de nominale premie per jaar.

2. Financiële gevolgen

De leden van de **D66-fractie** hebben tot slot een vraag over de gevolgen voor de totale uitgaven aan de zorg. Kan de regering nader toelichten wat wordt bedoeld met het besluit om geen ombuiging door te voeren

ondanks de toename van uitgaven door de bevrozing van het eigen risico voor 2022? Waarom wordt deze link gemaakt?

Door het bevrozen van het eigen risico is de verwachting dat het zorggebruik met € 80 miljoen per jaar toeneemt terwijl het eigen risico € 68 miljoen minder oplevert. De bevrozing leidt daarmee tot een stijging van de netto zorguitgaven met € 148 miljoen. Het kabinet heeft ervoor gekozen om niet om te buigen om deze verwachte stijging van de zorguitgaven te dekken en zo een stijging van de zorguitgaven te voorkomen.

De leden van de **SP-fractie** constateren dat de dekking voor de bevrozing van het eigen risico wordt gevonden in de stijging van de nominale premie. De leden van de SP-fractie vragen waarom er niet wordt gekozen voor andere maatregelen. Waarom wordt er bijvoorbeeld niet gekeken naar een hogere bijdrage uit de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB)? Waarom houdt de regering vast aan de 50/50 regel?

In artikel 45, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet is vastgelegd dat de inkomensafhankelijke bijdragen de helft bedragen van de zorguitgaven in de Zorgverzekeringswet (50/50-verdeling). Dat impliceert dat de andere helft moet worden gefinancierd uit de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen samen. De lagere inkomsten als gevolg van de bevrozing van het verplicht eigen risico kunnen niet worden gecompenseerd met een verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage, omdat daarmee de 50/50-verdeling zou worden aangetast.

3. Consultatie

De leden van de **SP-fractie** lezen dat in de memorie van toelichting wordt gesteld dat de bevrozing van het eigen risico € 80 miljoen aan extra zorguitgaven tot gevolg heeft.

Genoemde leden vragen hoeveel extra zorguitgaven zouden zijn veroorzaakt door de stijging van het eigen risico, doordat meer mensen noodzakelijke zorg zouden uitstellen, waardoor er op termijn duurdere ingrepen nodig zouden zijn.

Het eigen risico bevordert het kostenbewustzijn van verzekerden en draagt op die manier bij aan beheersing van de collectieve zorguitgaven die door alle premie- en belastingbetalers moeten worden gedragen. Zonder eigen risico zou het zorggebruik hoger liggen. Het is niet bekend of er extra zorguitgaven worden veroorzaakt door de stijging van het eigen risico en zo ja, hoe hoog deze extra zorguitgaven zouden zijn.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
H.M. de Jonge