Zorgverzekeraars Nederland

Reactie Zorgverzekeraars Nederland op de internetconsultaties over het voornemen van het kabinet om het verplicht eigen risico te verlagen naar 165 euro en om het verplicht eigen risico te trancheren op 50 euro per prestatie in de medisch-specialistische zorg

28 januari 2025

Zorgverzekeraars Nederland reageert in één document op de voorgenomen wijzigingen van het eigen risico. Het ministerie van VWS vraagt om een reactie in twee aparte internetconsultaties, maar omdat de combinatie van maatregelen (het gelijktijdig verlagen en het trancheren van het eigen risico) impact heeft op de toegankelijkheid van de zorg voor verzekerden, de financiële consequenties, gedragseffecten en gevolgen voor de uitvoering, geven wij graag één samenhangende reactie.

Zorgverzekeraars begrijpen de wens om ongewenste zorgmijding door het eigen risico te voorkomen. Maar met de keuze voor generieke en ingrijpende aanpassingen van het eigen risico maken zorgverzekeraars zich zorgen over de gevolgen voor verzekerden vanwege de aanzienlijke risico's die deze veranderingen met zich mee brengen.

<u>Het eigen risico: voortdurend onder de aandacht</u>

- **De hoogte en de inrichting van het eigen risico, is een politieke keuze.** Het is vaak onderwerp van debat. Zorgverzekeraars zijn door de overheid bij wet verplicht om het eigen risico uit te voeren. In de praktijk wenden verzekerden zich tot hun zorgverzekeraar als zij vragen hebben over (veranderingen in) het eigen risico.
- **Sinds 2016 is het eigen risico 'bevroren' op 385 euro wat heeft geleid tot een duidelijke vermindering van het aantal vragen/ergernissen van verzekerden.** Uit de praktijk blijkt dat eenvoudige en voorspelbare eigen betalingen beter werken dan een voortdurende aanpassing daarvan. De aanvankelijk automatische, jaarlijkse verhoging van het eigen risico leidde tot veel vragen en ergernis van verzekerden bij de klantenservice van zorgverzekeraars.
- **Nederland heeft vergeleken met andere Europese landen een van de hoogste uitgaven aan zorg per inwoner, maar een van de laagste percentages aan eigen betalingen in de zorg.** Toch is voor sommige mensen de rekening voor het eigen risico een flinke uitgave. In de zorgtoeslag worden mensen gecompenseerd voor het eigen risico en veel verzekerden maken gebruik van de betalingsregelingen van zorgverzekeraars die hen helpen om het eigen risico gespreid te kunnen betalen.
- **Toch blijft er helaas een groep mensen die (door een stapeling van zorgkosten en een laag inkomen) moeite houdt met het betalen van het eigen risico.** Het is goed dat het kabinet wil voorkomen dat deze mensen om financiële redenen ten onrechte zorg mijden. Het kabinet kiest er echter voor om dit op te lossen met een grote generieke maatregel die geldt voor alle verzekerden, ook voor degenen die het eigen risico prima kunnen betalen.
- **Deze grote aanpassing van het eigen risico heeft aanzienlijke gevolgen voor de vraag naar zorg, de financiële consequenties en de complexiteit van de uitvoering van het eigen risico.** Het netto financiële voordeel voor verzekerden is beperkt; de zorgkosten moeten immers betaald worden. De kosten verschuiven van het eigen risico naar de zorgpremie. Daarnaast is onzeker hoe groot het effect is op het verminderen van ongewenste zorgmijding. Bovendien leidt het voorstel tot minder voorspelbaarheid en meer complexiteit bij de uitvoering van het eigen risico.

Zorgverzekeraars Nederland

De gevolgen van het gelijktijdig verlagen en trancheren van het eigen risico.

Hieronder wijzen wij graag op de gevolgen van het verlagen én trancheren van het eigen risico. We wijzen op de impact op de toegang tot zorg voor verzekerden, de financiële consequenties, de specifieke gevolgen van het trancheren van het eigen risico voor ziekenhuiszorg en de koppeling met het vrijwillig eigen risico.

1. Impact op zorgvraag en financiële gevolgen

- **Volgens het kabinet zijn de aanpassingen van het eigen risico gericht op het kostenbewuster maken van verzekerden (om niet onnodig gebruik te maken van de zorg) en tegelijkertijd gericht op het wegnemen van financiële belemmeringen (om juist makkelijker gebruik te maken van de zorg). Het kabinet geeft toe dat het verminderen van het eigen risico in de praktijk zal leiden tot meer gebruik van de zorg.** Het kabinet rekent op een toename van de zorgvraag ten bedrage van 2,1 miljard euro als gevolg van het verlagen van het eigen risico. De zorgpremie zal naar verwachting voor alle Nederlanders met bijna 200 euro stijgen om de kosten van het lagere eigen risico op te vangen. Wij stellen inderdaad vast dat het verlagen van het eigen risico van 385 naar 165 euro in algemene zin leidt tot een afname van de zogenaamde remwerking. Als gevolg hiervan zullen mensen sneller een beroep doen op de zorg (ook als het eigenlijk niet nodig is).
- **Zorgverzekeraars constateren dat het verlagen van het eigen risico een zeer generieke maatregel is zonder dat precies duidelijk is of ongewenste zorgmijding zal afnemen.** Het kabinet wil zorgmijding voorkomen en verwijst naar het panel-onderzoek onder 660 mensen door Nivel wat laat zien dat één op de tien mensen (48 respondenten) in 2022 minder gebruik heeft gemaakt van medische zorg vanwege het eigen risico. Een deel van deze groep mijdt ook de huisarts, waarvoor overigens geen eigen risico geldt. Het is niet duidelijk in welke mate deze grote generieke aanpassing van het eigen risico zal helpen bij het tegen gaan van zorgmijding. Het is belangrijk om te beseffen dat als mensen moeite hebben met het betalen van hun zorgkosten – waar het eigen risico een onderdeel van is – dit in feite wijst op een breder inkomensvraagstuk (bestaanszekerheid). Dit los je niet op met sec het verlagen van het eigen risico.
- **Het verlagen van het eigen risico wakkert de zorgvraag aan. Een sterke stijging van de wachttijden dreigt. Ondertussen probeert de minister van VWS met de zorgsector afspraken te maken die juist tot doel hebben om de wachttijden te verminderen.** Iedereen in de zorg merkt dat de druk oploopt en wachttijden toenemen als gevolg van de vergrijzing van onze samenleving. Het kabinet probeert op dit moment afspraken te maken met de zorgsector om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen; nu en in de toekomst. Een belangrijk onderdeel van deze afspraken is dat we de instroom in de zorg afremmen en we alleen de juiste zorg op de juiste plek bieden. De verlaging van het eigen risico (in combinatie met de tranchering) heeft naar verwachting het omgekeerde effect.

2. Gevolgen van het trancheren van het eigen risico voor medisch specialistische zorg

Volgens het kabinet wordt de inzet van het eigen risico 'effectiever' door het trancheren, of beter gezegd, het opknippen van het eigen risico voor de medisch specialistische zorg (€ 50 per behandelprestatie MSZ). Het zogenaamde remeffect is dan langer omdat iemand niet in één keer het eigen risico kwijt is bij een bezoek aan het ziekenhuis.

- **Zorgverzekeraars vrezen dat de tranchering van het eigen risico op 50 euro voor veel mensen de drempel naar dure ziekenhuiszorg erg laag maakt.** Het risico is dat er omgekeerde substitutie plaats gaat vinden: mensen verkiezen (voor 50 euro) een behandeling in een dure kliniek boven een behandeling door de huisarts. Dit druist in tegen de inspanningen van de zorgsector voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Ook ontstaat het risico dat mensen de huisarts nog sneller onder druk gaan zetten voor een doorverwijzing naar het ziekenhuis of een privé kliniek. Zorgverzekeraars zien als risico dat nieuwe of bestaande aanbieders van medisch specialistische zorg de zorgvraag extra aanwakkeren, bijvoorbeeld met tweedelijnspoli's.

- **Zorgverzekeraars verwachten dat sommige verzekerden geen begrip hebben voor het feit dat zij voor geneesmiddelen of voor de ggz meer eigen risico betalen (max 165 euro) dan voor een eenmalige dure ziekenhuisbehandeling (max 50 euro).** De tranchering creëert in sommige gevallen financieel onderscheid tussen patiënten op basis van hun zorggebruik.
- **Het trancheren voor medisch specialistische zorg (MSZ) maakt het eigen risico veel minder eenvoudig en minder begrijpelijk.** Het eigen risico wordt in de MSZ namelijk geïnd op basis van een behandelprestatie MSZ (dbc). Een verzekerde kan door de tranchering op behandelprestatie niet goed inschatten wat de uiteindelijke inhouding van het eigen risico zal zijn. Een behandelprestatie MSZ is in de praktijk niet altijd hetzelfde als wat de verzekerde ervaart als één behandeling:
    - **Uitzonderingen en dubbele declaraties zijn verwarrend voor verzekerden.** Voor een bezoek aan de psychiater in het ziekenhuis geldt geen maximum van € 50 euro per prestatie, immers de psychiater in het ziekenhuis valt onder de GGZ.
    - **In de praktijk zal verreweg de meeste verwarring ontstaan door het feit dat een grote groep patiënten is aangewezen op meerdere aaneengesloten of gelijktijdige behandelingen door verschillende specialismes binnen het ziekenhuis, waarvoor ook meerdere behandelprestaties worden gedeclareerd.** Als een patiënt tijdens een reguliere behandeling in het ziekenhuis onverhoopt moet worden opgenomen op de Intensive Care, of er moet een ander specialisme worden ingeschakeld, dan opent het ziekenhuis een tweede dbc-prestatie. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verplicht is om voor elke dbc-prestaties € 50 eigen risico bij de verzekerde te innen. Een verzekerde krijgt dus twee keer een rekening van €50 euro, terwijl hij het wellicht beschouwt als één behandeling/opname. Zorgverzekeraars kunnen dit straks niet aan verzekerden uitleggen. Hoe leggen we een verzekerde bijvoorbeeld uit dat een opname van een week in het ziekenhuis (1 dbc) minder eigen risico kost dan twee poliklinische bezoeken bij verschillende specialismes (2 dbc's)?
- In de huidige situatie doen bovenstaande problemen zich niet voor omdat het eigen risico direct en zonder tussenstappen bij de verzekerde in rekening wordt gebracht tot een maximum van € 385 euro. Bij een bezoek aan het ziekenhuis bereikt een verzekerde in de huidige situatie vaak direct dit maximum en ontvangt eenmalig een nota van de zorgverzekeraar. **De vraag is of een verlengd remeffect zal leiden tot meer kostenbewustzijn bij verzekerden. Heeft een eigen risico van 50 euro per behandelprestatie voor medisch specialistische zorg voor voldoende mensen überhaupt een remmende werking?**

3. <u>Onderscheid verplicht en vrijwillig eigen risico nu geen probleem</u>

- **In de huidige situatie is de uitvoering van het verplicht en vrijwillig eigen risico geen probleem.** Als een verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan merkt deze niets van het onderscheid tussen het verplichte en het vrijwillige deel. Eerst wordt het verplicht eigen risico volgemaakt en vervolgens het vrijwillige deel.
- **Onduidelijk is hoe het vrijwillig eigen risico moet worden uitgevoerd bij de voorgenomen aanpassingen van het verplicht eigen risico. Het is de vraag of het vrijwillig eigen risico aangesproken moet worden <u>voordat of nadat</u> de 165 euro van het verplicht eigen risico is bereikt** (zie onderstaand rekenvoorbeeld). Zonder eenduidige regelgeving kan dat tot verwarring leiden als zorgverzekeraars dit verschillend gaan uitvoeren.
- **De samenloop met het vrijwillig eigen risico compliceert de uitvoering en moet zeer duidelijk worden uitgelegd aan verzekerden.** Daarnaast moet opgemerkt worden dat door de verlaging van het eigen risico het vrijwillig eigen risico eerder wordt aangesproken.

Rekenvoorbeeld bij een vrijwillig eigen risico van € 500.

- De casus: De verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost € 520. Er wordt geen vervolg-dbc geopend. Een paar maanden (in hetzelfde jaar) later komt de verzekerde bij de neuroloog voor een andere zorgvraag. Hier wordt opnieuw een dbc geopend. Deze dbc kost € 700.

- Huidige systematiek zonder tranchering
  (voor een goede vergelijking rekenen we hier met een verlaagd verplicht eigen risico van max 165 euro):
  - De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van 165 euro vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast wordt er 355 euro vanwege zijn vrijwillig eigen risico uit eigen middelen betaald.
  - Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico, namelijk 145 euro (€ 500 - € 355)
  - In totaal betaalt de verzekerde 665 euro uit eigen middelen: 165 euro aan verplicht eigen risico en 500 euro aan vrijwillig eigen risico.

- Nieuwe systematiek met tranchering:
  - De verzekerde betaalt voor de eerste dbc 50 euro aan verplicht eigen risico (50 euro voor de dermatoloog) en het restant van de factuur van de dermatoloog, zijnde 470 euro (€ 520 - € 50), aan vrijwillig eigen risico.
  - Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw 50 euro aan verplicht eigen risico. Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico, namelijk 30 euro (€ 500 - € 470 van de factuur van de dermatoloog).
  - In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen 600 euro : 100 euro aan verplicht eigen risico en 500 euro aan vrijwillig eigen risico.

4. Ongewenste effecten bij de invoering

- **Voorafgaand aan de invoering van de verlaging en tranchering van het eigen risico (voorzien 2027) kunnen gedragseffecten leiden tot 'uitstel van zorg'; met name eind 2026.** Er gaat namelijk een heel groot verschil ontstaan voor een verzekerde die eind 2026 MSZ-zorg nodig heeft. Immers, als de verzekerde de zorg uitstelt tot na de jaarwisseling wordt het verplicht eigen voor MSZ zorg verlaagd van 385 euro naar 50 euro. Dit heeft negatieve gevolgen op de wachttijden in het invoeringsjaar. Het kabinet heeft geen maatregelen voorzien om deze gedragseffecten op te vangen.
- **Daarnaast rekenen we op veel onbegrip en vragen bij verzekerden voor wie er eind 2026 een vervolg dbc wordt geopend door het ziekenhuis, maar de feitelijke behandeling plaatsvindt in januari 2027**. De verzekerde zal dan denken cq. verwachten dat het eigen risico 50 euro bedraagt, maar het is nog 385 euro.

5. Indexering eigen risico en tranchering na 2029

- **Tot en met 2029 vindt er geen indexering plaats** van de maximale hoogte van het eigen risico en de hoogte van de tranchering. Vanaf 2030 vindt weer jaarlijks indexering plaats. Dit betekent dat zowel het eigen risico als de hoogte van de tranchering elk jaar evenredig stijgt met de stijging van de totale zorgkosten.
- **Verzekerden moeten vanaf 2030 jaarlijks wennen aan twee nieuwe maximum bedragen voor het eigen risico**. De ervaring van zorgverzekeraars uit het verleden is dat het jaarlijks aanpassen van het eigen risico voor veel verzekerden leidt tot ongenoegen en verwarring.