

Bijlage 1 Technische verkenning aanpassing systematiek eigen risico

1. Inleiding

Het eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zorgt voor medefinanciering van zorgkosten en draagt bij aan het kostenbewustzijn van verzekerden. Zorgverzekeraars kunnen het eigen risico bovendien als sturingsinstrument inzetten. De vraag is of de huidige systematiek van het eigen risico optimaal is. Vorig jaar heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op verzoek van de toenmalig minister voor Medische Zorg en Sport een advies uitgebracht over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek.¹ Aanleiding voor de adviesaanvraag was een uitzending van het tv-programma Kassa in december 2019 over een patiënt die eigen risico moest betalen voor een jaar waarin hij niet haar het ziekenhuis was geweest. In haar advies heeft de NZa breder gekeken naar de huidige systematiek van het eigen risico en aangegeven op drie onderdelen ruimte te zien voor verbetering:

- duidelijkheid vooraf over welk jaar het eigen risico wordt aangesproken. In haar advies geeft de NZa aan dat jaarlijks 870.000 mensen een zorgtraject hebben dat over de kalenderjaargrenzen heen loopt. De meeste mensen ondervinden geen financieel nadeel van de huidige systematiek en voor 105.000 mensen pakt het zelfs gunstig uit. Er zijn echter ook 80.000 mensen die er wel nadeel van ondervinden;
- duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico;
- tijdigheid van de verrekening van het eigen risico.

De NZa heeft verschillende oplossingsrichtingen verkend op het gebied van transparantie, bekostiging en eigen risico en adviseert uiteindelijk om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek.

Op 1 december 2020 heeft de minister voor Medische Zorg en Sport in reactie op het advies aangekondigd dat VWS in overleg met de NZa en betrokken partijen een verkenning zou uitvoeren naar een aanpassing van de systematiek van het eigen risico.² Hierover hebben dit voorjaar overleggen plaatsgevonden en heeft schriftelijke afstemming plaatsgevonden op ambtelijk niveau tussen VWS, de NZa, Patiëntenfederatie Nederland, de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ). Het doel van de gesprekken was om vanuit verschillende invalshoeken goed inzicht te krijgen in de mogelijkheden en aandachtspunten bij een eventuele toekomstige hervorming van de systematiek van het eigen risico. Het doel was niet om tot een gezamenlijk standpunt te komen over het eigen risico en de systematiek. Daarom wordt in deze verkenning ook geen advies gegeven of voorkeur uitgesproken. Ook wordt niet ingegaan op de hoogte van het eigen risico of afschaffing van het vrijwillig eigen risico, maar wordt alleen gekeken naar de consequenties als overgestapt zou worden naar een systeem van vaste eigen bijdragen. Het is aan een volgend kabinet om een besluit te nemen over een eventuele aanpassing van het eigen risico.

Hieronder zal eerst worden toegelicht welke twee varianten bekeken zijn in de verkenning (paragraaf 2). Vervolgens vindt de analyse van de varianten plaats, waarbij wordt gekeken naar transparantie en begrijpelijkheid voor de patiënt (3.1), de gevolgen voor het remgeldeffect en het risico op zorgmijding (3.2), de gevolgen voor de uitvoerbaarheid en de administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders (3.3), de financiële effecten op zowel macroniveau als individueel niveau (3.4) en de juridische aspecten en invoeringstermijnen (3.5). Daarna wordt nog kort stilgestaan bij overige aandachtspunten (paragraaf 4) en een slotbeschouwing met mogelijke alternatieven voor aanpassing van de systematiek van het eigen risico (paragraaf 5).

2. Welke varianten worden verkend?

¹ Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1072

² Kamerstuk 29 689, nr. 1089

We bekijken in deze verkenning twee varianten waarin het verplicht én het vrijwillig eigen risico worden omgevormd naar een systeem van vaste eigen bijdragen per behandeling met een jaarlijks maximum. De bijdrage die de verzekerde betaalt voor medisch-specialistische zorg is daardoor niet meer direct gekoppeld aan de kosten van die behandeling. De twee varianten vergelijken we met de huidige systematiek van het eigen risico. De analyse focust in aansluiting op het advies van de NZa op de medisch-specialistische zorg.

Bij beide varianten houden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico als sturingsinstrument in te zetten. Dat wil zeggen dat verzekeraars er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om bepaalde zorgkosten geheel of gedeeltelijk buiten het eigen risico te houden indien de verzekerde gebruik maakt van een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder.

Het is voor de begrijpelijkheid voor verzekerden en uitvoerbaarheid voor verzekeraars en zorgaanbieders wenselijk om dezelfde systematiek te hanteren voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Dat is dan ook het uitgangspunt in deze verkenning. Daarnaast wordt in deze verkenning uitgegaan van de huidige bedragen van het eigen risico; een verplicht eigen risico van 385 euro en een vrijwillig eigen risico van maximaal 885 euro.

Variant 1: Een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis

Deze variant is conform het advies van de NZa om het eigen risico los te koppelen van de dbc-systematiek en in plaats daarvan te koppelen aan een zorggebeurtenis. Een zorggebeurtenis is één specifiek moment waarop zorg genoten wordt, dat duidelijk herkenbaar is voor een patiënt.

De NZa geeft aan dat een zorggebeurtenis breed gedefinieerd kan worden, zolang:

- (a) de gebeurtenis maar herkenbaar is voor de consument,
- (b) deze gebeurtenis ziet op één specifiek moment waarop de zorg wordt genoten en
- (c) voor de consument vooraf duidelijk is wat hij of zij kwijt is aan eigen risico.

Het is binnen deze variant denkbaar om zorgactiviteiten³ als uitgangspunt te nemen die zien op één zorggebeurtenis, bijvoorbeeld een polikliniekbezoek, een verpleegdag, een mri, een biopsie etc. Er kan echter ook worden gekozen voor clusters van zorgactiviteiten, zoals een consult zonder behandeling, een consult met een eenvoudige behandeling en een consult met een complexere behandeling etc. Per cluster geldt dan een ander bedrag dat ten laste komt van het eigen risico.

Variant 2: Een vaste eigen bijdrage per dbc

In deze variant blijft het eigen risico gekoppeld aan de dbc-systematiek, maar het eigen risico dat iemand betaalt voor de dbc is een vast bedrag dat niet langer afhankelijk is van de daadwerkelijke kosten van die dbc.

Ook in deze variant zijn nog keuzes mogelijk. De meest eenvoudige variant is om te kiezen voor eenzelfde vast bedrag per dbc, bijvoorbeeld: maximaal 100 of 150 euro per dbc voor alle dbc's. Het is echter ook denkbaar om onderscheid te maken tussen licht ambulante dbc's (bijv. 1 a 2 polikliniekbezoeken) en overige dbc's. Hiervoor is enkele jaren geleden al eens een verkenning uitgevoerd.⁴

3. Analyse van de varianten

De NZa heeft in haar advies drie punten benoemd waarop het eigen risico verbeterd kan worden: duidelijkheid voor de patiënt over welk jaar zijn eigen risico wordt aangesproken, duidelijkheid vooraf over de hoogte van de verrekening van het eigen risico en tijdigheid van de verrekening met het eigen risico. Daarnaast heeft de minister in haar brief van 17 maart jl.⁵ aangegeven dat zij

³ Gemiddeld zitten er ongeveer elf zorgactiviteiten in een dbc. Een significant deel daarvan betreft echter activiteiten waar een patiënt meestal geen notie van heeft en die dus minder geschikt zijn als kostendrager voor het eigen risico. De spreiding rond het gemiddelde is zeer groot. Circa een kwart van de dbc's bevat maar één zorgactiviteit, een kwart bevat er meer dan tien.

⁴ Van Rooy (Yvonne), ten Broeke (Gabriëlle) en van der Velde (Lilianne) (allen werkzaam bij NVZ), *Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico*, ESB, jaargang 103 (4757), 18 januari 2018

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1098

de verschillende varianten zal beoordelen op basis van de volgende aspecten: transparantie en begrijpelijkheid voor de patiënt, zorgmijding, kostenbewustzijn, uitvoerbaarheid en administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders en de financiële consequenties. Al deze aspecten worden hieronder langsgelopen.

3.1 Wordt het transparanter en begrijpelijker voor de patiënt?

Omschrijving

- Het transparant maken van informatie voor consumenten in het algemeen, en over prijzen in het bijzonder, heeft als doel om keuzebegeleiding voor consumenten te bevorderen. Een consument kan alleen een weloverwogen keuze maken, als hij of zij vooraf inzichtelijk heeft wat de zorg hem of haar gaat kosten.
- Ook kunnen transparantie en een goede uitlegbaarheid van het eigen risico het draagvlak onder verzekerden voor het eigen risico bevorderen. Zij willen graag vooraf weten waarvoor ze betalen en dat de ontvangen zorg en de eigen betaling in proportie zijn. Ze willen de redelijkheid ervan inzien, ook in relatie tot andere vormen van zorg.
- De volgende factoren dragen bij aan de duidelijkheid en begrijpelijkheid voor de patiënt:
 - o De patiënt weet voor hij de behandeling start wat hij zelf moet betalen.
 - o De patiënt krijgt de rekening kort na de behandeling.
 - o De rekening komt ten laste van het eigen risico in het jaar dat de behandeling plaatsvond.

Huidige systematiek

- Er wordt door zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel effort gestoken in de uitleg over het eigen risico en oplossingen om verrassingen te voorkomen (zoals gespreid betalen of vooraf maandelijks een bedrag opzij zetten). Tevens beantwoorden Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond vragen die ze binnen krijgen en besteden ze in hun informatievoorziening aandacht aan de uitleg over de werking van het eigen risico. Ook de NZa en VWS besteden jaarlijks aandacht aan het informeren van de patiënt over het eigen risico. ZN en NVZ geven aan dat verzekeraars en ziekenhuizen veel minder vragen krijgen over het eigen risico in het algemeen dan in het verleden, mede door de inspanning van partijen
- Duidelijkheid vooraf: Voor patiënten blijft het echter lastig in te schatten wat zij zelf moeten betalen voor een ziekenhuisbezoek, zeker bij relatief kleine ingrepen/een eenmalig bezoek, ondanks dat deze informatie wel beschikbaar wordt gemaakt en verzekeraars met ziekenhuizen en zbc's steeds vaker herkenbare en soms zelfs vaste tarieven afspreken.⁶ Toch weten mensen bij medisch-specialistische zorg vooraf niet hoe hoog de rekening is die ten laste komt van het eigen risico of ervaren ze het in rekening gebrachte eigen risico als erg hoog voor de zorg die ze hebben ontvangen. In de Monitor Prijstransparantie medische specialistische zorg heeft de NZa aangegeven dat vier zorgverzekeraars - met een gezamenlijk marktaandeel van 87 procent - de contractprijzen tot en met het maximale vrijwillig eigen risico (885 euro) publiceren op hun openbare website. Voor de andere verzekerden is deze informatie op verzoek ook beschikbaar.⁷ Beschikbaarheid van informatie is echter niet hetzelfde als praktische bruikbaarheid. De bruikbaarheid is bijvoorbeeld beperkt als mensen van te voren niet weten wat voor behandeling ze zullen krijgen (in termen van dbc's). De NZa meldt in de monitor het signaal te ontvangen dat verzekerden de beschikbare prijsinformatie zeer beperkt gebruiken en stelt de vraag in hoeverre de huidige vorm van transparantie van contractprijzen bijdraagt aan de zorgkeuze van de verzekerde of patiënt.
- Tijdigheid: Een ander punt is dat er veel tijd kan zitten tussen de behandeling en de verrekening met het eigen risico. Als de behandeling heeft plaatsgevonden, moet de zorgaanbieder de dbc eerst declareren bij de zorgverzekeraar. Dbc's hebben een maximale doorlooptijd van 120 dagen. Eenvoudige dbc's en onderzoeken worden vaak al eerder gedeclareerd. Pas na declaratie weet de zorgverzekeraar welke behandeling heeft

⁶ Medisch-specialistische zorg wordt ook buiten ziekenhuizen geleverd. Als de systematiek van het eigen risico wordt aangepast, heeft dat consequenties voor alle medisch-specialistische zorg die met dbc's wordt bekostigd en dus niet alleen voor ziekenhuisbezoeken, maar bijvoorbeeld ook zbc's. Voor de leesbaarheid wordt deze nuance niet elke keer gemaakt.

⁷ Bijlage bij kamerstuk 32 620 en 29 248, nr. 243

plaatsgevonden en welke kosten hij ten laste moet brengen van het eigen risico van de verzekerde. Hoewel er afgelopen jaren stappen zijn gezet om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat er sneller gedeclareerd kan worden, ervaren verzekerden de tijd tussen behandeling en inning van het eigen risico soms als lang. Dit leidt ook tot vragen van verzekerden bij verzekeraars.

- Zelfde jaar: Ten slotte komt het eigen risico soms ten laste van een ander jaar dan waarin de behandeling plaatsvond. Zoals in de inleiding vermeld is, vormde dat de aanleiding voor VWS om de NZa om advies te vragen.⁸ In haar advies geeft de NZa aan dat jaarlijks ongeveer 870.000 patiënten een traject hebben dat over de jaargrenzen heen loopt. Bij ongeveer 80.000 patiënten wordt het eigen risico aangesproken over een ander jaar dan wanneer de zorg plaatsvindt, zij ondervinden nadeel. Voor ongeveer 105.000 patiënten valt deze systematiek gunstig uit, omdat door de huidige regels de geleverde zorg ten laste komt van een jaar waarin hun eigen risico al was benut door eerder geleverde zorg. Verzekeraars geven aan dat vooral de jaargrensproblematiek tot veel verwarring bij verzekerden leidt en dat het een lastig uit te leggen probleem is.
- De NZa heeft in haar advies aangegeven dat er ruimte bestaat voor verbetering op alle drie de genoemde punten (duidelijkheid over hoogte, tijdigheid en welk jaar).

Variant 1 Een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis

- Duidelijkheid vooraf: Verzekerden zullen bij een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis vooraf beter weten wat ze moeten betalen voor hun behandeling. Belangrijke voorwaarde hiervoor is wel dat het voor de patiënt om herkenbare gebeurtenissen gaat en de patiënt zijn behandelplan kent. De duidelijkheid zal daardoor het grootste zijn als een patiënt maar één of een beperkt aantal zorggebeurtenissen heeft. Bij behandeltrajecten met veel zorggebeurtenissen krijgen mensen in deze variant (veel) vaker een rekening, bijvoorbeeld na elk consult. Dat kan ook juist tot verwarring leiden. Er kan ook extra verwarring ontstaan bij verzekerden die een behandeltraject hebben dat over de kalenderjaargrens heen loopt en die ondertussen wisselen van zorgverzekeraar. Er ontstaat dan namelijk een verschil tussen de declaratie (die aan het oude jaar wordt toegerekend als toen al een dbc was geopend) en het eigen risico (dat aan het nieuwe jaar moet worden toegerekend voor een behandeling in bijvoorbeeld januari).
- Tijdigheid: De inning van het eigen risico kan versnellen, omdat het niet meer afhankelijk is van het declaratieproces tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraars. Dit vergt wel een meer informatie-uitwisseling tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, want naast de reguliere declaratie van dbc's en overige zorgproducten moet een heel nieuw registratiesysteem worden ingericht voor de inning van het eigen risico. Dit gaat daarom gepaard met extra administratieve lasten en extra investeringen in ICT voor zorgaanbieders en zorgverzekeraar, zie onder 3.3.
- Zelfde jaar: de zorgkosten komen altijd ten laste van het eigen risico in het jaar dat de behandeling plaatsvond. Het eigen risico is niet meer gekoppeld aan de openingsdatum van de dbc, maar aan de datum van de zorgactiviteit. Dat komt de begrijpelijkheid van de rekening ten goede, maar alleen bij verzekerden die niet tussentijds wisselen van zorgverzekeraar. Daar staat tegenover dat er ook juist extra verwarring ontstaan bij verzekerden die een behandeltraject hebben dat over de kalenderjaargrens loopt en wél wisselen van zorgverzekeraar. Zolang de bekostiging ongewijzigd blijft, worden de kosten van een dbc toegerekend aan het jaar waarin de dbc geopend is en dus betaald door de "oude" verzekeraar. Als de behandeling doorloopt in januari dan zouden die kosten ten laste moeten komen van het eigen risico van de patiënt bij de "nieuwe" verzekeraar, terwijl die geen declaratie heeft ontvangen. Het is dan onduidelijk bij welke verzekeraar de verzekerde terecht kan met vragen.

Variant 2 Een vaste eigen bijdrage per dbc

- Duidelijkheid vooraf: mensen weten vooraf beter wat ze moeten betalen voor een bezoek aan het ziekenhuis, al is een dbc geen herkenbaar product. Dit geldt zeker als geen onderscheid wordt gemaakt tussen verschillende soorten dbc's.

⁸ Aanhangsel van de Handelingen, Tweede Kamer, 2019-2020, 1491

- Tijdigheid: omdat de koppeling aan de dbc-systematiek in stand blijft komt de rekening niet eerder dan nu.
- Zelfde jaar: de jaargrensproblematiek wordt niet opgelost. Het kan nog voorkomen dat mensen eigen risico betalen voor een jaar waarin ze niet naar het ziekenhuis zijn geweest.

Voor beide varianten

- Veranderingen in de systematiek zullen weer, mogelijk tijdelijk, onduidelijkheid voor de patiënt meebrengen. Er is een uitgebreide communicatiecampagne vanuit de overheid en verzekeraars nodig om verzekerden, maar ook zorgverleners te informeren over deze wijziging.
- De beide varianten gelden alleen voor de MSZ. Voor de andere Zvw-zorg blijft de systematiek gelijk. Dit kan leiden tot extra onduidelijkheid. Immers hoe leg je uit dat het eigen risico voor een ziekenhuisbezoek mogelijk lager is dan het eigen risico voor bepaalde medicijnen of een ingreep bij een eerstelijnszorgverlener.
- De verzekerde heeft minder zicht op de werkelijke kosten die gedeclareerd worden voor zijn of haar behandeling bij ingrepen tot 385 euro of (bij een maximaal vrijwillig eigen risico) 885 euro, omdat hij een vast bedrag betaalt dat los staat van de werkelijke kosten.⁹

3.2 Wat zijn de gevolgen voor het remgeldeffecten het risico op zorgmijding?

Omschrijving

- Het eigen risico maakt mensen bewust van de kosten van zorg. Met het remgeldeffect doelen we op de mate waarin mensen geremd worden in het gebruik van (onnodige dure) zorg.

Huidige systematiek

- Verzekerden betalen de eerste 385 euro of maximaal 885 euro aan zorgkosten binnen de zorgverzekering zelf, tenzij ze gebruik maken van zorgvormen die zijn uitgezonderd van het eigen risico.
- Verzekerden zijn vaak hun gehele verplicht eigen risico (385 euro) verschuldigd indien zij medisch-specialistische zorg nodig hebben. Daarna is er geen remgeldeffect meer, ook niet ten aanzien van het gebruik van andere zorg.
- Verzekeraars bieden hun verzekerden de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen (voor- of achteraf), waardoor de kosten over het jaar gespreid worden er geen onverwachte eigen risico inningen plaatsvinden. Dit kan ongewenste zorgmijding tegengaan, naast de compensatiemaatregelen vanuit de overheid zoals de zorgtoeslag en maatwerk door gemeenten.

Voor beide varianten

- Verzekerden hebben niet langer na één behandeling in het ziekenhuis (indien die meer dan 385 euro kost) het eigen risico volgemaakt. Daardoor blijft er ook langer gedurende het jaar een prikkel bij verzekerden bestaan om onnodig (duur) zorggebruik te voorkomen. Zodra zij hun eigen risico vol hebben gemaakt, is er geen remgeldeffect meer.
- Het verschil tussen variant 1 en 2 is dat het bij variant 2 (vaste eigen bijdrage per dbc) naar verwachting langer zal duren voordat het eigen risico is volgemaakt, waardoor het remgeldeffect langer in stand blijft. Dit hangt uiteraard af van de precieze bedragen en invulling die binnen de varianten wordt gekozen. Bij variant 1 hangt er een prijskaartje aan elke zorggebeurtenis binnen een behandeltraject. Dat kan patiënten bewust maken van de kosten van zorg en bij elke stap meer laten nadenken over de vraag of die ene extra behandeling nog nodig is.
- Wanneer mensen niet meteen hun eigen risico kwijt zijn aan één ziekenhuisbezoek, kan dat de financiële drempel om (voor een eerste bezoek) naar het ziekenhuis te gaan verlagen. Hier staat echter tegenover dat verzekerden vaker gedurende het jaar geconfronteerd worden met kosten die ten laste gebracht worden van het eigen risico.
- Keerzijde van de lagere financiële drempel is dat de prikkel voor een patiënt om zich te laten behandelen in de 1^e lijn in plaats van in de 2^e lijn wordt kleiner als patiënten minder zelf

⁹ Cijfers van Vektis ('Verzekerden in beeld') laten zien dat in 2021 13 procent van de verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico.

hoeven te betalen voor medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Uiteraard is dat van veel meer factoren afhankelijk dan financiële, maar voor het inzetten van gepaste zorg en de juiste zorg op de juiste plek is dit geen positieve prikkel.

- Verzekerden hebben er geen financieel belang meer bij om ziekenhuizen op prijs te vergelijken en te kiezen voor een ziekenhuis met een gunstige prijs. Omdat verzekerden nu al weinig gebruik lijken te maken van de door verzekeraars geboden prijstransparantie, zal dit waarschijnlijk beperkt effect hebben. Zij zullen hiertoe alleen nog geprikkeld zijn indien de prijs in een ziekenhuis lager ligt dan de vastgestelde eigen bijdrage of indien zorgverzekeraars het eigen risico als sturingsinstrument inzetten (en geen eigen risico rekenen indien verzekerden naar een specifiek ziekenhuis gaan).

3.3 Wat zijn de gevolgen voor de uitvoerbaarheid en administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Omschrijving

- Zorgverzekeraars innen het eigen risico. Zij moeten de wijzigingen kunnen verwerken in o.a. hun ICT- en administratieve systemen.
- Ook dient er aandacht te zijn voor een eventuele stijging van de administratieve lasten die een aanpassing van het eigen risico met zich meebrengt.

Huidige systematiek

- De inning van het eigen risico is gekoppeld aan de huidige dbc-systematiek. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders declareren de dbc bij de zorgverzekeraar zodra de dbc is afgesloten.
- De zorgverzekeraar brengt daarna de kosten ten laste van het eigen risico van de verzekerde, zolang het maximum nog niet is bereikt.
- Wat een verzekerde moet betalen hangt af van de zorgaanbieder die hij gekozen heeft, de zorgverzekeraars waarbij hij verzekerd is en de hoogte van het eigen risico waarvoor hij gekozen heeft.

Voor beide varianten

- Elke wijziging brengt administratieve uitdagingen en bijbehorende kosten met zich mee voor zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid. Het is verstandig om de transitiekosten en structurele uitvoeringskosten vóór invoering via een impactanalyse of uitvoeringstoets inzichtelijk te maken.
- Daarom is het bovendien van belang om te kiezen voor een oplossing die proportioneel en toekomstbestendig is.
- Indien de categorieën duidelijk herkenbaar zijn voor verzekerden en de rekeningen lager, leidt dit mogelijk tot minder vragen vanuit verzekerden over de verwachte kosten van zorg.

Variant 1 Een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis

- Deze variant heeft grote impact voor zorgverzekeraars, ziekenhuizen en alle andere zorgaanbieders in de MSZ, omdat er een extra informatiestroom moet komen tussen deze partijen.
- De administratieve lasten nemen toe bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ziekenhuizen en andere zorgaanbieders moeten voor iedere zorggebeurtenis waarvoor een vaste eigen bijdrage geldt een losse melding doen. Verzekeraars moeten dit vervolgens koppelen aan de inning van het eigen risico. Verzekerden krijgen te maken met meer eigen risico-vorderingen. Processen van declaratieverwerking tot controles moeten worden aangepast. Dit vraagt om grote ICT-aanpassingen met dito investeringen.
- Behalve tijdelijke transitiekosten zullen de beheerskosten bij zowel verzekeraars als zorgaanbieders structureel hoger zijn.
- Omdat patiënten moeten wennen aan de nieuwe systematiek zullen er (tijdelijk) mogelijk meer vragen bij ziekenhuizen (waaronder bij medisch-specialisten) en zorgverzekeraars worden gesteld.
- Een belangrijk aandachtspunt is verder hoe deze systematiek werkt voor mensen die tijdens een behandeltraject dat over een kalenderjaargrens loopt, wisselen van verzekeraar. De declaratie zou dan nog naar de verzekeraar van jaar 1 moeten (als de dbc in dat jaar geopend

is), terwijl het eigen risico ten laste van jaar 2 moet komen (als in dat jaar ook nog een deel van de behandeling plaatsvindt).

- ZN en NVZ geven aan dat deze variant voor hen een onbegaanbare weg is. Het opzetten van een 2^e administratie, registratie, uitwisseling en inning van eigen risico naast de reguliere declaratiesystematiek vergt grote ICT-investeringen die zij niet in verhouding vinden staan tot de problematiek.
- De VRZ vindt het geen onbegaanbare weg en spreekt zich juist al jaren uit voor een eigen risico met vaste bedragen en pleit ook recent in een brief aan de informateur voor vooraf vastgestelde bedragen per behandeling voor zorg op basis van dbc's. Een duidelijk en eenduidig systeem van het eigen risico draagt bij aan een beter begrip van de zorgkosten. Wel moeten de gevolgen voor onder andere de uitvoeringskosten vóór invoering in beeld worden gebracht (diepgaander dan in deze verkenning is gebeurd).

Variant 2 Een vaste eigen bijdrage per dbc

- Met een vaste eigen bijdrage per dbc wordt aangesloten bij de bestaande informatiestromen, waardoor de administratieve lasten veel minder zullen stijgen dan bij variant 1.
- Verzekeraars zullen de wijziging moeten doorvoeren in hun ICT- en administratieve systemen, wat in ieder geval leidt tot eenmalige transitiekosten en mogelijk tot structureel hogere uitvoeringskosten, maar dat laatste in ieder geval minder dan bij variant 1.
- Het meest eenvoudig (voor de uitvoering en begrijpelijkheid voor de patiënt) is de optie om voor alle dbc's een zelfde maximale vaste eigen bijdrage te vragen. In dat geval is er geen extra informatie vanuit zorgaanbieders nodig en voor hen dus ook geen toename van de administratieve lasten. Het wordt voor hen eenvoudiger om aan patiënten uit te leggen wat zij voor hun behandeling zelf zullen betalen.
- Het is echter ook denkbaar om dbc's in te delen in twee categorieën, zoals enkele jaren geleden al eens is verkend¹⁰: licht ambulante dbc's (waarvoor een vaste eigen bijdrage geldt) en overige dbc's (waarvoor je het gehele eigen risico kwijt bent). Met die laatste optie blijft er verschil in eigen bijdrage bestaan tussen mensen die één keer een medisch specialist bezoeken en mensen die (langdurig) opgenomen worden. In dat geval moeten vooraf alle dbc's worden toebedeeld aan een categorie, dus dat is vooraf meer werk en vergt ook meer uitleg aan verzekerden/patiënten.
- Een specifiek aandachtspunt bij deze variant zijn de overige zorgproducten binnen de dbc-systematiek. Alle overige zorgproducten kunnen ook los van de dbc's gedeclareerd worden.

3.4 Wat zijn de financiële effecten?

Omschrijving

Een andere vormgeving van het eigen risico kent financiële effecten op zowel macroniveau als individueel niveau. De financiële consequenties zijn sterk afhankelijk van de vormgeving die wordt gekozen;

- Waar wordt de eigen bijdrage aan gekoppeld?
- Welk bedrag wordt aan die behandeling gekoppeld?

Ook zijn de financiële consequenties afhankelijk van de mate waarin het gedrag van verzekerden er door verandert. De ene variant is niet bij voorbaat financieel gunstiger voor verzekerden of op macroniveau duurder dan de andere variant, dat hangt echt af van de nadere invulling.

Er zijn voor deze verkenning geen nieuwe berekeningen uitgevoerd. Volstaan wordt met een samenvatting van de berekeningen die eerder zijn uitgevoerd.

Daarnaast heeft een andere vormgeving van het eigen risico invloed op de premiekorting van een vrijwillig eigen risico. Omdat de verwachte eigen betalingen van verzekerden (iets) afnemen, zal deze korting – en dus ook het aantal verzekerden dat voor een vrijwillig eigen risico kiest – naar verwachting ook afnemen.

Variant 1 Een vaste eigen bijdrage per zorggebeurtenis

¹⁰ Van Rooy, ten Broeke en van der Velde (2018), *Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico*, ESB, jaargang 103 (4757), 18 januari 2018

Gevolgen op macroniveau:

In het NZa-advies staat dat de opbrengst van het eigen risico lager zal zijn dan nu het geval is (de huidige opbrengst bedraagt 3,2 miljard euro per jaar), maar daar zijn geen bedragen in opgenomen.

Gevolgen op individueel niveau:

De gevolgen op individueel niveau zijn ook niet gekwantificeerd. We beschrijven ze hieronder, zonder rekening te houden met mogelijke gedragseffecten.

- Voor mensen die geen gebruik maken van medisch-specialistische zorg veranderen de eigen betalingen niet.
- Mensen die eenmalig een ziekenhuis bezoeken en geen of weinig andere zorgkosten hebben gaan minder betalen dan nu.
- Chronisch zieken of andere mensen die vaker naar het ziekenhuis moeten of regelmatig geneesmiddelen, hulpmiddelen of een behandeling nodig hebben zullen hun eigen risico blijven volmaken. Zij blijven evenveel betalen, maar krijgen mogelijk wel te maken met meer inningen.
- De precieze gevolgen voor verschillende groepen hangen af van de bedragen die worden gekozen. Als de opbrengst van het eigen risico omlaag gaat, zullen verzekeraars de nominale premie moeten verhogen. Daar betaalt iedereen dan aan mee ten faveure van de tweede groep. Ook de extra uitvoeringskosten kunnen een opwaarts effect hebben op de premie.

Variant 2 Een vaste eigen bijdrage per dbc

Gevolgen op macroniveau:

ESB – Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico (2018)

- Zoals eerder genoemd, is in het verleden is al eens een verkenning uitgevoerd¹¹ naar een versimpeling van het eigen risico voor medisch-specialistische zorg (MSZ). Bij deze verkenning werd voorgesteld om de dbc's voor de MSZ onder te verdelen in twee categorieën:
 - o Voor licht ambulante dbc's bedraagt het eigen risico *maximaal* 150 euro. Van licht ambulante zorg is bijvoorbeeld sprake indien een patiënt 1 of 2 polikliniek/SEH-bezoeken aan het ziekenhuis brengt, waarbij verder alleen sprake is van een eenvoudig onderzoek (zoals een lichamelijk onderzoek, eenvoudige laboratoriumverrichtingen en eenvoudig röntgen/echo-onderzoek). Deze categorie omvat circa 41 procent van de declaraties (destijds zo'n 6,5 miljoen declaraties).
 - o Voor de overige dbc's in de MSZ bedraagt het eigen risico *maximaal* 385 euro (of 885 euro bij het maximale vrijwillig eigen risico).
- In een analyse die Vektis voor deze verkenning heeft uitgevoerd werden de **macrokosten ingeschat op van 15,6 miljoen euro**. Hierbij is alleen gekeken naar de verminderde opbrengst van het eigen risico en niet naar de gedragseffecten. In deze berekeningen waren de mogelijk hogere uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders niet meegenomen.

*CPB: Zorgkeuzes in kaart 2020 (ZIK 2020)*¹²

- In ZIK 2020 is een partiële overgang doorgerekend van de huidige systematiek van het eigen risico naar een vaste eigen bijdrage per dbc. Daarmee verandert de verrekening van het eigen risico voor de medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde GGZ (die tot dit jaar met dbc's worden bekostigd), maar niet voor de overige zorg. ZIK laat zien dat er twee effecten zijn:
 - o de opbrengst van het eigen risico neemt af, doordat mensen voor een ziekenhuisbezoek nog maar (bijv.) 150 euro betalen in plaats van maximaal 385 euro. Daardoor *stijgen* de collectief gefinancierde zorguitgaven.
 - o daar staat tegenover dat mensen gedurende het jaar langer eigen risico blijven betalen, waardoor het remgeldeffect wordt verlengd. Hierdoor *dalen* de collectief

¹¹ Van Rooy, ten Broeke en van der Velde (2018), *Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico*, ESB, jaargang 103 (4757), 18 januari 2018

¹² Bijlage bij Kamerstuk 29 689, nr. 1075

gefinancierde zorguitgaven juist. In deze analyse is het gedragseffect dus wel meegenomen.

- Welke van de twee effecten sterker is hangt af van de hoogte van de vaste eigen bijdrage (en het maximumbedrag dat mensen in een jaar moeten betalen). Zie in onderstaande tabel de varianten uit ZIK ter illustratie (een - betekent een besparing op de collectieve zorguitgaven).

Budgettair effect op netto collectieve zorguitgaven in mln. euro	Jaar 1	Jaar 2	Jaar 3	Jaar 4	Structureel
Variant 1a. 150 euro per dbc met verplicht eigen risico van 385 euro	0	0	-50	-50	-50
Variant 1b. 150 euro per dbc met verplicht eigen risico van 885 euro	0	0	-4.500	-4.500	-4.500
Variant 2. 90 euro per dbc met maximum van 4 trajecten (360 euro)	0	0	80	80	80
Variant 3. 120 euro per dbc met maximum van 3 trajecten (360 euro)	0	0	0	0	0
Variant 4. 140 euro voor 1e dbc, 100 voor 2e dbc, 80 voor 3e dbc en 60 voor 4e dbc	0	0	-20	-20	-20
Variant 5. 120 euro per zorgtraject met maximum van 3 trajecten (360 euro)	0	0	50	50	50

CPB: Keuzes in kaart¹³ (2021)

In Keuzes in Kaart heeft het CPB twee varianten van een vaste eigen bijdrage meegenomen:

- Een stabilisatie van het eigen risico op 385 euro tussen 2022 en 2025 in combinatie met het vervangen van het verplichte eigen risico in de Zvw door een vaste eigen bijdrage van 100 euro per diagnose-behandelcombinatie in de medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit kost structureel **0,3 mld euro**.
- Een stabilisatie van het eigen risico op 385 euro tussen 2022 en 2025 in combinatie met het vervangen van het verplichte eigen risico in de Zvw door een vaste eigen bijdrage van 150 euro per diagnose-behandelcombinatie in de medisch-specialistische zorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg. Dit kost structureel **0,1 mld euro**.

Gevolgen op individueel niveau:

- De gevolgen op individueel niveau komen globaal overeen met variant 1, met als verschil dat mensen die maar één dbc hebben in een kalenderjaar in deze variant maar één keer de vaste eigen bijdrage hoeven te betalen, terwijl ze bij variant 1 meerdere keren een vaste eigen bijdrage betalen als er meerdere zorggebeurtenissen in die dbc plaatsvinden. Of ze in totaal ook meer betalen hangt af van de gekozen bedragen.
- Voor ZIK 2020 heeft het Zorginstituut becijferd dat bij een vaste eigen bijdrage van 150 euro per dbc van de 2,8 mln mensen die gebruik maken van medisch-specialistische zorg of gespecialiseerde GGZ **1,2 miljoen mensen minder gaan betalen**. Dat is 43% van het aantal msz/ggz-gebruikers en 8% van het totaal aantal 18+ verzekerden. Voor de overige 1,6 miljoen gebruikers blijft de eigen betaling gelijk en voor niemand neemt de eigen betaling toe. **Gemiddeld gaat de groep msz/ggz gebruikers 53 euro minder per jaar betalen**.
- Daar staat tegenover dat de nominale premie hierdoor voor iedereen zal stijgen. Deze stijging is niet gekwantificeerd.

3.5 Wat zijn de juridische consequenties en invoeringstermijnen?

- Het eigen risico mag niet hoger zijn dan wat een zorgaanbieder bij de verzekeraar declareert. Daarom is het nodig om het vaste bedrag dat ten laste van het eigen risico komt vorm te geven als maximum.

¹³ [Keuzes in Kaart 2022-2025 | CPB.nl](#)

- Voor een aanpassing van de systematiek van het vrijwillig eigen risico is sowieso een wetswijziging vereist. Voor de richtlijn Solvency II is een draagkrachtige motivering nodig met betrekking tot de noodzakelijkheid en proportionaliteit ter bescherming van het algemeen belang.
- Ook voor een aanpassing van de systematiek van het verplicht eigen risico is een wetswijziging juridisch juist. Bij wet kan de mogelijkheid worden gecreëerd om voor categorieën (of dbc's of zorggebeurtenissen) binnen vormen van zorg een gemaximaliseerd bedrag vast te stellen die meetelt voor het eigen risico.
- Een dergelijke ingrijpende wijziging in de systematiek van het eigen risico neemt minstens twee jaar in beslag. Voor zorgaanbieders en verzekeraars kan de impact van een ingrijpende wijziging bepaald worden als de uitwerking helder is. Daarna is er tijd nodig voor aanpassing van de ICT en administratieve systemen.

4. Overige aandachtspunten

- De gevolgen voor de juiste zorg op de juiste plek: Een verlaging van eigen risico voor een bezoek aan een medisch-specialist brengt het risico met zich mee dat patiënten de medisch-specialist kunnen gaan verkiezen boven de huisarts of een andere eerstelijns zorgverlener, omdat de financiële drempel naar de tweede lijn verlaagd wordt. Daar past de nuancering bij dat veel andere factoren dan het eigen risico een rol spelen bij die keuze. Ook heeft lang niet iedereen een keuze voor verschillende behandelopties en is een bezoek aan het ziekenhuis vaak gewoon noodzakelijk. Maar bij bepaalde klachten met verschillende behandelopties (medicamenteus, verwijzing naar MSZ, of anderszins) zou het lagere eigen risico de keuze kunnen beïnvloeden.
- Systematiek eigen risico bij andere zorgsectoren: In aansluiting op het advies van de NZa, is deze verkenning primair gericht op de medisch-specialistische zorg. Als het systeem van vaste bedragen onder het eigen risico ook voor bijvoorbeeld de eerste lijn, geneesmiddelen of hulpmiddelen moet worden doorgevoerd, is dat een grote operatie. Mogelijk is het een optie om het eigen risico voor alle zorg binnen de Zvw te begrenzen op een vast bedrag per keer, maar dat viel buiten deze verkenning. Vanaf 2022 wordt in de GGZ overgestapt op het zorgprestatiemodel. Met het Zorgprestatiemodel wordt afscheid genomen van de trajectbekostiging die nu in het grootste deel van de ggz en in de fz van toepassing is en wordt overgestapt naar een eenvoudige bekostiging op basis van losse consulten, verblijfsdagen, toeslagen en een aantal overige declarabele prestaties. Het wordt daarmee al transparanter wat een GGZ-gebruiker zelf moet betalen, de rekening komt sneller en het komt altijd ten laste van het eigen risico in het jaar waarin de zorg heeft plaatsgevonden. De drie door de NZa benoemde verbeterpunten zijn voor de GGZ in 2022 dus opgelost.
- Toekomstbestendigheid: Ook voor de MSZ wordt al een aantal jaren gesproken over een mogelijke aanpassing van de bekostiging. Indien de verwachting is dat ook voor de MSZ op niet al te lange termijn/middellange termijn afscheid genomen wordt van de trajectbekostiging, moet het aanpassen van de systematiek van het eigen risico goed worden overwogen. Voorkomen moet worden dat een majeure aanpassing aan het eigen risico in gang wordt gezet, terwijl er aan de andere kant gewerkt wordt aan een andere bekostiging waar de genoemde knelpunten met het eigen risico minder of niet meer spelen.
- Risicoverevening: de aanpassing van de systematiek van het eigen risico heeft mogelijk ook invloed op de risicoverevening. Dat vraagt om een onderzoek waarin bezien wordt wat de concreet afgesproken hervorming betekent voor het eigen risicomodel in de risicoverevening.

5. Tot slot

- Deze verkenning is primair gericht op de consequenties van het omvormen van het huidige eigen risico naar een systeem van vaste eigen bijdragen voor de MSZ binnen het eigen risico, aangezien daar het advies van de NZa en de toezegging van de minister op gericht waren.
- In de overleggen die hebben plaatsgevonden met de eerdergenoemde partijen, is gediscussieerd over de vraag welk probleem het belangrijkste wordt gevonden om op te lossen: dat verzekerden vooraf niet weten hoeveel ze moeten betalen, dat er veel tijd kan zitten

tussen behandeling en innig van het eigen risico, dat de kosten soms ten laste komen van het eigen risico in een ander jaar, dat mensen soms om financiële redenen afzien van noodzakelijke zorg of dat chronisch zieken last kunnen hebben van stapeling van zorgkosten. Elk probleem kan een andere oplossing vergen, die voor een deel ook buiten de reikwijdte van deze verkenning vallen.

- Puur gekeken naar de huidige systematiek (en dus niet naar de hoogte) van het eigen risico, werd vooral de kalenderjaargrensproblematiek, waar jaarlijks 80.000 mensen nadeel van ondervinden, als zeer lastig uitlegbaar probleem gezien. Bij variant 2 wordt dat niet opgelost. Variant 1 kan dat wel oplossen, maar vergt ICT-investeringen en verhoogt de administratieve lasten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Vooraf moet goed worden afgewogen of de aanpassing proportioneel (wegen de beoogde voordelen op tegen de nadelen) en toekomstbestendig (hoe verhoudt hij zich tot eventuele toekomstige wijzigingen in de bekostiging, zoals onder 4 vermeld) is.
- Vervolgens is ook gesproken over de vraag of het probleem opgelost moet worden door een aanpassing van de systematiek van het eigen risico, of dat er ook alternatieve oplossingen zijn. Verschillende in deze verkenning genoemde problemen kunnen ook worden opgelost of verkleind worden door het afschaffen of verlagen van het (vrijwillig) eigen risico. De NZa heeft in haar advies vorig jaar ook gekeken naar alternatieve oplossingen voor de drie in het advies genoemde knelpunten, zoals het declareren op basis van zorgactiviteiten in plaats van op basis van dbc's voor de medisch-specialistische zorg. Specifiek voor de kalenderjaargrensproblematiek heeft de NZa de optie bekeken om vervolg-dbc's te openen op de dag dat een vervolgbehandeling start. Daardoor wordt er niet meer automatisch een vervolg-dbc geopend direct na het afsluiten van de vorige dbc, maar wordt er pas weer een dbc geopend op het moment dat de patiënt weer naar het ziekenhuis gaat. Er is dan geen sprake meer van lege vervolg-dbc's, die er soms voor kunnen zorgen dat een patiënt eigen risico betaalt voor een jaar waarin hij niet naar het ziekenhuis is geweest.
- Het is aan een volgend kabinet om te bepalen welke problemen het op wil lossen en welke oplossing daarvoor wordt ingezet.