

AH 3988
2021Z15110

Antwoord van staatssecretaris Blokhuis (Volksgezondheid, Welzijn en Sport), mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 10 september 2021)

Vraag 1.

Klopt het dat patiënten in de ggz tijdens de transitie naar het zorgprestatie­model niet één maar twee keer het eigen risico moeten betalen voor dezelfde behandeling, wanneer deze een jaargrens overgaat zoals wordt vermeld op zorgprestatie­model.nl? Zo ja, klopt het dat circa 100.000 ggz-patiënten hierdoor extra eigen risico moet betalen?

Antwoord 1.

Omdat het eigen risico van de zorgverzekering is gekoppeld aan de bekostiging heb ik de Tweede Kamer in mijn brief over de nieuwe ggz-bekostiging van 6 oktober 2020¹ gemeld dat de invoering van het zorgprestatie­model gevolgen kan hebben voor het eigen risico dat mensen voor hun ggz betalen. De uitkomsten van de kwantitatieve analyse van de NZa daarover heb ik op 25 november 2020 met de Tweede Kamer gedeeld in het VSO over de nieuwe ggz-bekostiging.²

Voor alle ggz-cliënten blijft gelden dat zij – net als alle andere mensen die een beroep doen op hun zorgverzekering – maximaal € 385 aan (verplicht) eigen risico per kalenderjaar moeten betalen. De nieuwe bekostiging verandert niets aan dat gegeven. Maar, omdat ggz-declaraties in het nieuwe bekostigingssysteem gespreid over de behandeling plaatsvinden en niet meer, zoals nu, pas helemaal aan het eind van de behandeling, of pas na maximaal een jaar, heeft de invoering van de nieuwe bekostiging soms wel invloed op het moment waarop cliënten eigen risico betalen en op het feitelijke bedrag dat sommige ggz-cliënten in totaal voor hun behandeling aan eigen risico betalen. Dit is geen eenmalig transitie-effect maar een blijvend effect.

Onder de nieuwe bekostiging wordt het eigen risico aangeslagen van het jaar waarin de zorg ook daadwerkelijk is geleverd en niet alleen van het jaar waarin de behandeling is gestart. Een gevolg hiervan is dat voor behandelingen die over de kalenderjaargrens heenlopen in twee opeenvolgende jaren het eigen risico kan worden aangeslagen, waar dat nu nog (bij behandelingen korter dan een jaar) in één jaar gebeurt. Daarbij moet wel worden opgemerkt dat niet iedereen die een ggz-behandeling krijgt die over de kalenderjaargrens heenloopt in twee

¹ Kamerstuk 25 424, nr. 554

² Kamerstuk 25 424, nr. 578

kalenderjaren eigen risico gaat betalen voor de ggz: als iemand in een kalenderjaar zijn of haar eigen risico al heeft volgemaakt met andere zorg, betaalt diegene in dat kalenderjaar niets extra's meer.

Chronische ggz-cliënten die elk jaar een beroep doen op de ggz gaan ten opzichte van nu nagenoeg nooit extra eigen risico betalen. Dat komt omdat zij nu reeds nagenoeg elk jaar hun eigen risico opmaken. Dat blijft zo, zij gaan niets extra's betalen. Hetzelfde geldt voor mensen die naast ggz ook veel andere zorg nodig hebben waarvoor het eigen risico geldt.

Zoals ik in november vorig jaar aan de Tweede Kamer heb gemeld,³ heeft de NZa laten weten dat er naar schatting voor 91% van de ggz-cliënten geen gevolg is voor het totaalbedrag dat zij aan eigen risico betalen voor hun ggz-behandeling. Voor naar schatting maximaal 9% van de ggz-cliënten is er wel een gevolg; het gaat bij benadering om een groep van 100.000 mensen. De NZa baseert de schatting van 9% op ongunstige veronderstellingen: andere veronderstellingen zouden een lager percentage opleveren. Deze groep zal meer eigen risico gaan betalen, waarbij het bedrag dat deze cliënten meer gaan betalen afhankelijk is van hun persoonlijke situatie. Het gaat hier om mensen die weinig of geen andere zorg gebruiken en een ggz-behandeling krijgen die over de kalenderjaargrens heenloopt. Vaak gaat het om relatief korter durende behandelingen, al kan het soms ook langer durende behandelingen betreffen.

Dat mensen die twee (of meer) jaar achter elkaar zorg nodig hebben, twee (of meer) keer eigen risico betalen is overigens niet uniek voor de ggz. Iemand die elk jaar naar het ziekenhuis moet, betaalt doorgaans ook elk jaar eigen risico. Geneesmiddelengebruikers die in twee aansluitende kalenderjaren geneesmiddelen gebruiken, betalen in beide kalenderjaren eigen risico. Hetzelfde geldt voor mensen die in twee opeenvolgende kalenderjaren verzekerde paramedische zorg gebruiken.

Daarnaast wil ik benadrukken dat er goede redenen zijn waarom we de nieuwe bekostiging in de ggz invoeren, zoals ik op 6 oktober 2020 en 25 november 2020⁴ schriftelijk aan de Tweede Kamer heb toegelicht. Juist de cliënten met een complexe zorgvraag en/of ernstige psychiatrische aandoening hebben baat bij de invoering van de nieuwe bekostiging. Veel gehoorde kritiek op de huidige DBC-bekostiging is dat die onderfinanciering van zware ggz in de hand werkt en overfinanciering van lichte ggz. De nieuwe bekostiging is niet langer gebaseerd op (gemiddelde) trajecten van diagnostiek en behandeling – zoals de DBC-bekostiging – maar op de feitelijke inzet van beroepen en aantallen behandel- en diagnostiekconsulten. Daarbij zijn er ook nog eens aparte tarieven voor outreachende ggz en hoogspecialistische ggz. De nieuwe bekostiging ondersteunt op die manier dat zorgaanbieders een vergoeding op maat krijgen voor hun zorg – juist ook voor complexe zorg en zorg voor cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening – en ondersteunt op diverse manieren de aanpak van de wachttijden.

Er zijn verschillende compensatiemaatregelen om ervoor te zorgen dat iedereen zijn of haar 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 de cliënt. Ook ggz-cliënten kunnen daar gebruik van maken.

³ Kamerstuk 25 424, nr. 578

⁴ Kamerstuk 25 424, nrs. 554 en 578

Vraag 2.

Kunt u deze vraag vóór 10 september beantwoorden?

Antwoord 2.

Beantwoording vóór 10 september was helaas niet haalbaar. Ik heb uw vragen zo snel mogelijk beantwoord.