

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. 5

VERSLAG

Vastgesteld 9 september 2021

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen. Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

Inhoudsopgave

1.	Algemeen deel	1
1.	Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten	3
2.	Financiële gevolgen	3
3.	Consultatie	4

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 bevroren 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 voorgenomen wetsvoorstel om het eigen risico per 2022 te bevroren 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. Deze leden vragen voorts of bij het starten van de nieuwe bekostigingssystematiek 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.

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 MIND¹, nog voor het jaar 2022 aan te passen. Wanneer is bekend geworden dat deze problemen rondom het eigen risico zouden spelen in de GGZ?

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 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. 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 leden van de **SP-fractie** steunen de be­vriezing 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 betalen². 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?

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?

De leden van de **GroenLinks-fractie** hebben met belangstelling het wetsvoorstel rondom de wijziging van de Zorgverzekeringwet 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

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

² 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>).

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? 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 zorgprestatie-model 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? Weet de regering precies wie deze mensen zijn en zo nee, kan dit zo spoedig mogelijk in kaart worden gebracht? Hoe komt het dat dit probleem niet expliciet aan de Kamer is voorgelegd? Hoeveel moet deze lastenverzwaring naar schatting opleveren? De leden van de GroenLinks-fractie hopen spoedig hierop antwoord te ontvangen. 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.

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

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?

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 bevrizing van het eigen risico voor 2022? Waarom wordt deze link gemaakt?

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?

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.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

Adjunct-griffier van de commissie,
Bakker