



Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport  
De heer dr. K.J. Beniers  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

**Behandeld door**  
directie Regulering

**Telefoonnummer**  
088 – 770 8 770

**E-mailadres**  
[info@nza.nl](mailto:info@nza.nl)

**Uw kenmerk**  
3277924-1019225-Z

**Kenmerk**  
0420230/1262905

**Datum**  
1 maart 2022

**Onderwerp**  
Verkenning vast eigen risico per behandeling in de ggz  
Reactie op uw brief van 3 november 2021

Geachte heer Beniers,

In uw brief van 3 november jl. verzoekt u de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) te onderzoeken hoe een eigen risico met een vast bedrag per behandeling te realiseren is binnen het zorgprestatie­model voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz). In deze brief geven wij u de resultaten van het onderzoek.

### **Probleemstelling**

Vanaf 2022 wordt met de invoering van het zorgprestatie­model de bekostiging van de ggz gewijzigd. Omdat het eigen risico van de zorgverzekering is gekoppeld aan de bekostiging, heeft de invoering van het zorgprestatie­model gevolgen voor het eigen risico dat mensen betalen voor hun ggz-behandeling. Onder de nieuwe bekostiging wordt het eigen risico aangesproken in het jaar waarin de zorg 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 aangesproken, waar dat nu nog in één jaar gebeurt.

### **Verzoek**

U verzoekt de NZa om een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren als de analyse die de NZa voor de medisch-specialistische zorg heeft uitgevoerd in het voorjaar van 2020. Daarbij verzoekt u ons om de standpunten van vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten te betrekken in onze antwoorden. U stelt ons de volgende vragen:

- Welke mogelijkheden ziet de NZa om in de ggz te gaan werken met een vast eigen risico per behandeling?



- Welke gevolgen (voor- en nadelen) zijn er per mogelijkheid als de NZa kijkt naar transparantie, zorgmijding, uitvoerbaarheid, financiële macro effecten, juridische consequenties en eventuele andere aandachtspunten?
- In het rapport 'Verkenning eigen risico ggz' hebben wij beschreven hoe wij deze vragen hebben geïnterpreteerd en vindt u ook onze analyse op deze vragen.

### **Visie NZa**

De NZa adviseert om de verkenning in de ggz, alsook de verkenning voor de msz te gebruiken bij een integrale beschouwing van de verrekensystematiek van het eigen risico en van daaruit te bezien of aanpassingen nodig zijn. Onze adviezen voor deze sectoren zijn niet per definitie de beste oplossing voor afrekening van het eigen risico zorgbreed.

De NZa ervaart – *zorgbreed* – meerdere vraagstukken rondom het eigen risico en de afrekening hiervan. De NZa stimuleert passende zorg door bijvoorbeeld (daar waar de kwaliteitseisen dit toelaten) het mogelijk te maken dat zorg vanuit de tweedelij (ook) geleverd kan worden in de eerstelij. Maar denk bijvoorbeeld ook aan andere manieren van zorglevering binnen de eerstelij via de Beleidsregel innovatie voor kleinschalige experimenten, of de sectoroverstijgende betaaltitel. Deze ontwikkelingen gaan vaak gepaard met vraagstukken over de afrekensystematiek en werking van het eigen risico.

Het eigen risico kan financiële prikkels met zich meebrengen die invloed hebben op het gedrag van patiënten. Deze gedragseffecten kunnen gewenst of ongewenst zijn. Dit is afhankelijk van perspectief waarmee dit wordt beoordeeld. Een wijziging van de eigen risico systematiek in één sector kan een gedragseffect veroorzaken dat ook een andere sector raakt. Bijvoorbeeld als de belasting van het eigen risico lager is in de tweedelij dan in de eerstelij. Hieruit volgt dat een zorgbrede beschouwing de voorkeur heeft wanneer een aanpassing in de verrekensystematiek van het eigen risico gewenst is.

Wanneer we kijken naar de vormgeving van het eigen risico in de ggz dan zien we dat een vast bedrag eigen risico per zorggebeurtenis op een aantal criteria beter scoort ten opzichte van het huidige systeem van eigen risico in de ggz. Maar zoals hierboven ook aangegeven, zou het eigen risico zorgbreed beschouwd moeten worden.

### **Samenvatting rapport**

In het rapport hebben we allereerst beschreven hoe de verrekening van het eigen risico zou kunnen worden vormgegeven. Enerzijds is de grond waarop het eigen risico wordt belast van belang. Bijvoorbeeld per zorggebeurtenis of per traject. En anderzijds is het type bedrag waarmee het eigen risico wordt belast, van belang. Bijvoorbeeld op basis van de vergoede zorgkosten, een vast bedrag of een percentage. Dit leidt tot een veelvoud aan mogelijke manieren waarop het eigen risico afgerekend kan worden.

Wij hebben een drietal opties verkend waarin het eigen risico in de ggz afgerekend zou kunnen worden:

- Huidige situatie (variant 1): Verrekening eigen risico op grond van vergoede zorgprestaties (huidige inrichting);
- Variant 2: Verrekening eigen risico met een vast bedrag op grond van een ggz-traject;
- Variant 3: Verrekening eigen risico met een vast bedrag op grond van een zorggebeurtenis.

Variant 3 geniet voorkeur boven variant 2. De verrekening van het eigen risico met een vast bedrag per zorggebeurtenis levert minder praktische bezwaren op dan wanneer een het eigen risico met een vast



bedrag per ggz-traject afgerekend wordt. De NZa vermoedt dat de uitvoeringstechnische bezwaren bij variant 2 zelfs een understatement zijn, omdat de technische implicaties nog niet goed te overzien zijn.

Het remgeldeffect van een vast bedrag per zorggebeurtenis is langer dan bij een vast bedrag per ggz-traject. Daarnaast zal de kans op (ongewenste) zorgmijding bij een vast bedrag per zorggebeurtenis kleiner zijn dan bij een vast bedrag per ggz-traject.

De huidige manier van afrekening van het eigen risico, de variant waarin verrekening plaatsvindt op basis van vergoede zorg, is volledig in lijn met hoe het eigen risico in 2022 voor alle zorgsectoren afgerekend wordt. De huidige variant (1) sluit hier goed op aan, maar sec voor de ggz geniet variant 3 de voorkeur. De huidige variant (1) heeft een aantal kenmerken die maken dat verzekerden in bepaalde gevallen vaker voor het volledige eigen risico worden belast en/of een prikkel hebben behandelingen uit te stellen. Met een vast bedrag per zorggebeurtenis wordt dit verminderd. Voor sec de ggz sector zou variant 3 daarom meer passend zijn dan de huidige situatie (variant 1). Dit hebben we echter nog niet in verband gebracht met de effecten die hierdoor kunnen ontstaan in de andere sectoren.

### **Consultatiereacties**

Het consultatiedocument hebben we eind januari 2022 gedurende twee weken ter consultatie aangeboden bij de beroeps- en brancheverenigingen. Hun reactie is als volgt.

Bijna elk geconsulteerde partij geeft aan dat de samenhang met andere zorgsectoren gezien moet worden. Hierbij wordt de medisch specialistische zorg genoemd, maar ook vergelijkbare problematiek die in andere sectoren kan spelen.

De gemene deler uit de consultatiereacties is dat de uitlegbaarheid voor de patiënt voorop moet staan. Dat concrete uitwerking van de varianten wenselijk is, en dat partijen graag in overleg treden over de mogelijke varianten.

De voorkeur voor varianten is vanuit partijen niet eenduidig. Sommige partijen vinden de verkenning nog te weinig uitgewerkt en geven aan dat het een aantal vragen oproept waarover eerst in gesprek gegaan moet worden. Andere partijen geven aan de voorkeur voor variant 2 te hebben omdat dit de meest financieel voordelige situatie voor de patiënt zou zijn. Andere partijen geven aan dat koppeling met een traject juist lastig is, en bovendien iets is wat nog in ontwikkeling is bij de implementatie van het zorgprestatie model.

Daarnaast is nog een aantal relevante opmerkingen gemaakt over de uitvoerbaarheid en financiële gevolgen. Een aantal partijen benadrukt dat ICT-wijzigingen een lange doorlooptijd kennen. En dat stabiliteit bij de drukte van de implementatie van het zorgprestatie model wenselijk is. Daarbij wordt ook de vraag gesteld in hoeverre de ontstane problemen in de ggz proportioneel zijn voor een vergaande interventie om het eigen risico anders af te rekenen. Daarbij wordt opgemerkt dat een impactanalyse per cliëntgroep ontbreekt.



**Tot slot**

In de bijlage bij deze brief ontvangt u het onderzoek naar de door u gestelde vragen. Dat rapport bevat tevens een financiële bijlage met een overzicht van de macro impact per variant.

Uiteraard zijn wij bereid om ons onderzoek nader toe te lichten.

Met vriendelijke groet,

~~Nederlandse Zorgautoriteit~~

~~dr M.J. Kaljouw~~

~~voorzitter Raad van Bestuur~~