



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

datum
ons kenmerk
voor informatie
onderwerp

Utrecht, 28 januari 2025
2025-04
Winy Toersen, w.toersen@patientenfederatie.nl Thomas Ronnes t.ronnes@iederin.nl
Consultatie tranchering verplicht eigen risico medisch specialistische zorg

Geachte heer, mevrouw

Graag maken wij gebruik van de gelegenheid om te reageren op het voorstel 'tranchering verplicht eigen risico voor de medisch specialistische zorg'. Dit voorstel regelt dat patiënten vanaf 2027 voor zorg van de medisch specialist maximaal 50 euro kwijt zijn aan verplicht eigen risico, behoudens enkele uitzonderingssituaties. De financiële drempel voor medisch specialistische zorg wordt daarmee aanzienlijk verlaagd. Tegelijkertijd blijft er nog eigen risico over, dat mensen moet prikkelen tot kostenbewust gedrag. Daarmee zou het zogenaamde remgeldeffect van het eigen risico beter worden benut. Patiëntenfederatie Nederland en Ieder(in) geven hierbij graag een aantal aandachtspunten mee vanuit patiënten- en cliëntenperspectief.

De tranchering van het eigen risico biedt in ieder geval voordeel voor mensen die heel beperkt of eenmalig gebruik maken van medisch specialistische zorg. Toch hebben wij twijfels of tranchering in de praktijk voldoende betekenisvol is en of het voor iedereen rooskleurig uitpakt. Onze twijfels lichten we hieronder toe.

Problematiek verrekenen diagnose behandelcombinaties (dbc's) met eigen risico

Hoe ziekenhuiskosten momenteel in rekening worden gebracht is voor veel mensen nauwelijks navolgbaar. Hierover ontvangen wij regelmatig vragen waarbij het lastig is om een begrijpelijke uitleg te geven. De vragen betreffen meestal:

- Niet vooraf weten welk bedrag je kwijt bent. Voor wie 385 euro een (te) hoog bedrag is, kan dat een drempel vormen voor de toegang tot zorg;
- Hoogte van de rekening in verhouding tot de ervaren zorg- en dienstverlening;
- Verrekening van ziekenhuiskosten met het eigen risico, vooral als er vervolg-dbc's in het spel zijn en de behandeling gaat over de jaargrens heen. Kosten worden verrekend met het eigen risico uit het jaar waarin de dbc (of een vervolg daarop) is geopend. Het leveren van de zorg kan in een daarop volgende jaar zijn.

Met de voorgestelde verandering weet je straks vooraf dat je maximaal 50 euro van je eigen risico kwijt bent bij een bezoek aan de medisch specialist. Tegelijkertijd gelden daarop ook uitzonderingen. Eén opname kan je toch 165 euro kosten als er naast een dbc ook een zogenaamd overig zorgproduct (ozp) op je rekening staat. En voor mensen met een vrijwillig eigen risico geldt dat kosten boven de 50 euro wel worden verrekend met hun vrijwillig eigen risico. Het verrekenen van een gemaximeerd bedrag biedt verder geen oplossing voor de zogenaamde jaargrensproblematiek.

Veranderen vraagt goede uitleg vooraf. Zolang er nog een vrijwillig eigen risico is, moet mensen al bij de keuze van hun eigen risico goed begrijpen hoe de verrekening van de ziekenhuiskosten met het (vrijwillig) eigen risico werkt. Wegen in- en uitvoeringskosten wel op tegen het veronderstelde beter 'benutten van het remgeldeffect'?

Betekenis voor mensen met een chronische aandoening of beperking

De grote groep mensen met een chronische aandoening of beperking¹ die ieder jaar hun volledige eigen risico snel kwijt zijn, ervaart geen voordeel van de tranchering. Bij deze groep is er ook geen sprake van betere benutting van het remgeldeffect. Tegelijkertijd krijgen zij wel te maken met de regeling die met de bijbehorende uitzonderingen nog best complex is.

Waarom geen toepassing van tranchering bij andere zorgsoorten

In het voorstel staat dat het voorstel geldt voor de medisch-specialistische zorg omdat door de relatief hoge tarieven er ruimte is voor verbetering van de effectiviteit van het verplicht eigen risico. Is dat voldoende aangetoond? Veel mensen rekenen bij de apotheek of voor een hulpmiddel ook in één keer meer dan 50 euro af. Zij zullen vragen waarom er geen maximum te verrekenen bedrag voor die zorg geldt.

Jaarlijkse indexering vanaf 2030

Het voornemen is om, net als bij het verplichte eigen risico, het bedrag van 50 euro jaarlijks te indexeren en hiermee te starten vanaf 2030. Met de al maar stijgende premies denken wij dat het constant houden over een langere periode van zowel het bedrag aan verplicht eigen risico als het maximale bedrag voor medisch specialistische zorg dat straks wordt verrekend met het verplichte eigen risico, passender is.

Kijk bij evaluatie naar gevolgen voor mensen die langdurig zorg nodig hebben

Voor de evaluatie vinden wij het belangrijk dat de gevolgen voor mensen met een chronische aandoening of beperking expliciet worden gezien. Kijk daarbij zowel naar de gevolgen van de tranchering voor de betaalbaarheid als naar de toegang tot medisch specialistische zorg.

We vragen u bij de verdere voorbereiding en besluitvorming over dit voorstel de punten uit deze brief mee te nemen. Heeft u vragen naar aanleiding van deze brief dan zijn we graag beschikbaar.

Met vriendelijke groet,



Tom Schoen
Patiëntenfederatie Nederland
manager Eerstelijns en Langdurige zorg



Illya Soffer
Directeur Ieder(in)

¹ NIVEL zorgregistraties eerste lijn: Op 1 januari 2022 hadden ruim 10,4 miljoen mensen in Nederland (59% van de Nederlandse bevolking) één of meer chronische aandoeningen.