



**Aan: De vaste Kamercommissie voor VWS**  
**Postbus 20018**  
**2500 EA DEN HAAG**  
**E: cie.vws@tweedekamer.nl**

**Datum: 23 juni 2022**  
**Kenmerk: 22-038**  
**Onderwerp: inbreng MIND CD Zorgverzekeringswet / Eigen bijdragen in de zorg op 29 juni 2022**  
**Contact: Mirjam Drost E: [Mirjam.drost@wijzijnmind.nl](mailto:Mirjam.drost@wijzijnmind.nl) M 06 19973062**

Geachte Kamerleden,

Op 29 juni vergadert de Vaste Kamercommissie VWS over de Zorgverzekeringswet en de stapeling van zorgkosten. Met deze brief levert MIND inbreng voor dit debat. Wij vertegenwoordigen als landelijke koepel cliënten en naasten die een beroep doen op de ggz.

### **Eigen bijdrage ggz-patiënten ten gevolge van het Zorgprestatie­model**

Op de agenda van het Zorgverzekeringswet-commissiedebat staat het rapport “Verkenning afrekening eigen risico, van de NZa”. (<https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2022/03/22/nza-aanpassen-verrekening-eigen-risico-zorgbreed-onderzoeken> ) De Nederlandse Zorgautoriteit heeft een verkenning uitgevoerd naar de consequenties van de afrekening van het eigen risico in de ggz ten gevolge van de nieuwe bekostigingssystematiek in de ggz, het Zorgprestatie­model (ZPM)<sup>1</sup> dat per 1 januari 2022 is ingevoerd.

Het valt MIND op dat de NZa verschillende varianten bekeken heeft, maar niet heeft onderzocht wat de kostenconsequenties van deze 3 varianten zijn, voor verschillende patiënten(doel)groepen.

---

<sup>1</sup> *Zorgprestatie­model: (ZPM) de bekostiging van een ggz-behandeling wordt berekend in prestaties, zoals het type behandelaar, de setting en de duur van de behandeling en of het diagnostiek of behandeling betreft. De bedoeling van het ZPM is om de administratieve lasten te verlagen, dat nota’s beter begrijpelijk te laten zijn voor cliënten, en om de financiële prikkels te laten verdwijnen om liever laag complexe dan hoog complexe cliënten te behandelen. Als onderdeel wordt voor elke patiënt het zorgvraagtype bepaald. Hierdoor komt er meer inzicht in de intensiteit van de benodigde zorgvraag. Door het afschaffen van de DBC’s en trajectfinanciering wordt nu het eigen risico voor ggz-kosten per jaar berekend.*



**Voordat er een besluit genomen wordt, moet dus eerst worden bekeken wat kostenconsequenties zijn voor diverse patiëntengroepen (in relatie tot hun inkomen). Een aantal varianten hebben namelijk zeer nadelige gevolgen voor de portemonnee van mensen. We gaan hieronder in op deze varianten.**

Variant 1 is de huidige situatie waarbij voor cliënten in de ggz elk jaar het eigen risico wordt berekend. Hier heeft MIND al eerder van aangegeven dat dit geen gewenste keuze is. Wanneer een cliënt met een traject over het kalenderjaar heen gaat, betaalt deze namelijk twee keer het eigen risico. Dat betekent dus veel eigen investering voor cliënten bij relatief kortdurende behandeltrajecten (therapie) zonder overige medische kosten. Dat is voor minder draagkrachtige cliënten ongewenst. Zorgmijding of uitstel van het traject naar een volgend jaar kan het gevolg worden. De vraag is of er dan nog plek op de wachtlijst is. Verder kunnen de klachten verergeren en is er vervolgens intensievere en duurdere zorg nodig.

Bij variant 2 betaalt de cliënt die met een zorgtraject de jaargrens passeert, eenmaal het eigen risico per traject (van begin tot het einde van de behandeling of therapie). Deze variant is het meest gunstig voor cliënten met een smalle beurs.

De NZA stelt tot slot Variant 3 voor, een eigen bijdrage per gebeurtenis. Dit is enkel gunstig als de eigen bijdrage maximaal € 25 per consult of gebeurtenis zou worden en je als cliënt een relatief kortdurend traject hebt. In het rekenvoorbeeld bij een eigen bedrage van € 50 geldt dit niet. Dan zou je in totaal € 500,- betalen (in het eerste jaar €200, en het tweede jaar € 300). Je betaalt dan wel meer gespreid, maar in feite ook bijna tweemaal het eigen risico. Dan zou dus ook kunnen leiden tot uitstelgedrag of zorgmijding, net zoals bij Variant 1.

Bovendien vindt MIND deze variant niet transparant voor cliënten omdat het niet duidelijk is voor welke gebeurtenissen of prestatie de eigen bijdrage dan geldt. Voor een consult, of een ligdag? En geldt dan voor alle onderdelen hetzelfde bedrag?

Grootste kritiekpunt van MIND is dat uit deze Verkenning van de NZa dus nog niet duidelijk is geworden wat deze drie varianten betekenen voor verschillende patiëntgroepen; dat wil zeggen hun zorgvraag in relatie tot hun inkomenssituatie. De vraag daarbij is: kunnen ggz-cliënten de zorg en ondersteuning nog wel betalen? Als zij dat niet kunnen betalen kan dit leiden tot uitstel van behandeling, zorgmijding, verergering van psychische klachten en aandoeningen en daarmee tot duurdere zorg.

Tot slot is op te merken dat de bovengenoemde eigen bijdragen en het eigen risico alleen zijn uitgerekend voor zorg die valt onder de Zvw. Dit is geen compleet beeld. Immers, veel ggz-cliënten hebben ook te maken met de eigen bijdragen vanuit de Wmo en/of vanuit de Wlz.

### **Transparantie zorgverzekeraars moet beter**

Zorgverzekeraars hebben zowel een zorgplicht als een informatieplicht naar hun verzekerden. Dat laatste betekent dat zij op tijd bekend moeten maken wanneer er iets verandert in hun polis en/of



premie. Dat is belangrijk omdat een verzekerde dan op tijd kan beslissen of hij bij zijn zorgverzekeraar blijft.

Daarnaast vergoedt een aantal verzekeraars nog maar 75% van niet-gecontracteerde ggz-aanbieders, en is het dus voor de verzekerde van belang om te weten of de aanbieder wel of niet is gecontracteerd. Hierover is momenteel onvoldoende transparantie, omdat er geen wettelijke termijn is wanneer de onderhandelingen afgerond dienen te zijn. Daarbij geldt dat voor de aanvullende verzekering wel acceptatieplicht nodig is waardoor een verzekerde niet zomaar kan overstappen van verzekering. Zeker nu de wachttijden in de ggz zo lang zijn, is het van belang dat cliënten zelf een behandelaar kunnen kiezen en dat de capaciteit niet extra beperkt wordt. Bovendien is keuzevrijheid in de ggz een cruciaal element van de kwaliteit van zorg, omdat juist ook 'de persoonlijke klik met en het vertrouwen in de therapeut' zo belangrijk zijn voor het resultaat van de behandeling. Het mag niet zo zijn dat cliënten die gebruik maken van de keuzevrijheid daar een steeds hogere prijs voor moeten betalen.

**Wilt u de minister bevragen op mogelijkheden voor meer transparantie en eerdere duidelijkheid bij zorgverzekeraars over de contractering, zodat uiterlijk 1 december bekend is welke aanbieder er een contract heeft?**

Tot slot: bovengenoemde stapeling van de eigen bijdragen (vanuit de verschillende wetten) en de recentelijk gemelde verhoging van de zorgpremie met 36% (per 2023) moeten in samenhang worden bekeken. Is zorg en begeleiding nog wel betaalbaar, of is er sprake van uitsluiting van cliënten(groepen) in de ggz? Om tot besluitvorming te komen is gedegen onderzoek nodig (naar verschillende client/patiëntgroepen).

De kansongelijkheid neemt verder toe als er nog meer mensen zijn die geen toegang meer hebben tot zorg en begeleiding, tot onderwijs of werk omdat zij door hun ziekte zijn uitgevallen en niet meer mee kunnen komen. Integraal overheidsbeleid is noodzaak!

We wensen u een constructief debat toe, en vertrouwen erop dat u de minister kritisch bevraagt of de zorg en hulp voor ggz-cliënten betaalbaar blijft. Met daarbij voldoende keuzevrijheid voor alle verzekerden; ook voor diegenen met een smallere beurs.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal line with a large, stylized loop underneath it.

Marjan ter Avest  
Directeur/bestuurder MIND