

## Nota van toelichting

### I. Algemeen deel

#### 1. Inleiding

Het basispakket van de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) kent een zeer brede dekking tegen kosten voor geneeskundige zorg (verder ook 'curatieve zorg' genoemd). Via het eigen risico wordt daarbij een relatief beperkt deel van de kosten nadrukkelijk bij de gebruiker van de zorg gelegd. Het eigen risico draagt niet alleen bij aan de financiering van de curatieve zorg, maar ook aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor mensen langer nadenken of een beoogde behandeling passend is en onnodig zorggebruik wordt geremd. Het verplicht eigen risico werkt momenteel echter niet optimaal in het geval een verzekerde (al vroeg in het jaar) duurdere zorg heeft ontvangen, omdat hij daarbij vaak al direct het volledige verplicht eigen risico betaalt. Vanaf dat moment valt het effect van het verplicht eigen risico geheel weg.

In het coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst'<sup>1</sup> kondigt het kabinet aan het eigen risico in de Zvw slimmer vorm te gaan geven en betaalbaarder te maken. In de brief aan de Tweede Kamer van 19 januari 2023<sup>2</sup> heeft het kabinet op hoofdlijnen geschetst hoe het dat wil doen. Met deze wijziging van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) is dit uitgewerkt: het eigen risico is slimmer vormgegeven doordat een maximumbedrag van € 150 per prestatie gaat gelden voor medisch-specialistische zorg. Daarbij hoeven mensen niet in één keer hun gehele eigen risico te betalen als de kosten voor medisch-specialistische zorg € 385 of meer bedragen, maar betalen zij een bedrag per prestatie van € 150 of, voor zover dat bedrag lager is, tot de hoogte van het tarief voor de geleverde zorg. Daarbij blijft het jaarlijks maximum van het verplicht eigen risico (€ 385<sup>3</sup>) gehandhaafd. Deze hervorming draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg en is voor circa één miljoen verzekerden een lastenverlichting, omdat ze minder betalen aan het verplicht eigen risico.

#### *Inhoudsopgave*

h1. Inleiding	p. 1
h2. Achtergrond, werking en doelstelling van het eigen risico	p. 1
h3. Inhoud van de maatregel	p. 3
h4. Budgettaire gevolgen	p. 10
h5. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten	p. 11
h6. Uitvoering, regeldruk en fraude	p. 14
h7. Gegevensbescherming	p. 17
h8. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 17
h9. Consultatie	p. 18
h10. Communicatie en invoering	p. 21
h11. Evaluatie	p. 21
deel II. Artikelsgewijze toelichting	p. 21

#### 2. Achtergrond, werking en doelstelling van het eigen risico

Een verzekerde die zorg vergoed krijgt vanuit de afgesloten zorgverzekering kan te maken krijgen met eigen betalingen voor die zorgkosten. Die eigen betalingen kunnen onder andere bestaan uit bijbetalingen voor geneesmiddelen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem of uit bijdragen voor hulpmiddelen. De meest voorkomende en financieel gezien grootste eigen betaling is echter het (verplicht) eigen risico. De Zvw kent sinds 2008 het verplicht eigen risico. Een verzekerde

<sup>1</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2021/22, 35788, nr. 77.

<sup>2</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1178.

<sup>3</sup> Het verplicht eigen risico is tot en met het jaar 2025 bevroren op € 385 per jaar.

betaalt in 2023 de eerste € 385 aan zorgkosten uit eigen zak en zorgkosten boven € 385 worden vergoed door zijn of haar zorgverzekeraar. Personen jonger dan 18 jaar zijn uitgezonderd van het verplicht eigen risico.

- a. Bovenop het verplicht eigen risico van € 385 kan de verzekeringnemer van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico verhoogt het verplicht eigen risico met een bedrag van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. Een zorgverzekeraar bepaalt welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt. Verzekeringnemers met een vrijwillig eigen risico spreken bij gebruik van zorg eerst het verplicht eigen risico volledig aan en daarna pas het vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars geven een korting op de nominale premie indien een verzekeringnemer kiest voor het vrijwillig eigen risico, waarbij de zorgverzekeraar zelf de hoogte van de premiekorting bepaalt. Deze korting dient per polissoort (natura-, restitutie-, of combinatiepolis) wél voor iedere verzekerde met een zelfde bedrag aan vrijwillig eigen risico gelijk te zijn. *Doelen van het verplicht eigen risico*

Het verplicht eigen risico heeft verschillende doelen:

- *Medefinanciering*: zorggebruikers betalen zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten, waardoor de premies voor alle verzekerden lager blijven.
- *Kostenbewustzijn en remgeldeffect*: verzekerden worden zich bewuster van de kosten voor zorg. Hierdoor gebruiken sommige verzekerden minder (niet-noodzakelijke) zorg, met andere woorden het remgeldeffect neemt toe, wat leidt tot meer passende zorg en daarmee tot een besparing van zorgkosten en lagere premies.
- *Draagvlak voor solidariteit*: het eigen risico vraagt wat extra aan de mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de zorg. Dit draagt bij aan de steun voor een breed basispakket met een grote mate van risico- en inkomenssolidariteit.

#### *b. Financieel effect van het verplicht eigen risico*

Doordat het verplicht eigen risico leidt tot medefinanciering en kostenbewustzijn, heeft het eigen risico een belangrijk aandeel in de financiering van de zorg. In 2023 wordt door zorgverzekeraars circa € 3,3 miljard aan verplicht eigen risico geïnd bij de zorggebruikers, op een totaal van € 59,1 miljard bruto uitgaven voor Zvw-zorg.<sup>4</sup> Indien het verplicht eigen risico zou worden afgeschaft, zou het remgeldeffect wegvallen: verzekerden worden niet meer door het eigen risico financieel geremd en gaan meer zorg gebruiken. Naar verwachting zou dat in 2023 leiden tot € 2,2 miljard hogere zorgkosten.<sup>5</sup> Samen met de € 3,3 miljard aan derving van de opbrengsten aan eigen risico, zou afschaffing van het verplicht eigen risico leiden tot in totaal € 5,5 miljard aan extra zorgkosten per jaar, die vervolgens vanuit de nominale premies en de inkomensafhankelijke bijdragen zouden moeten worden opgebracht.<sup>6</sup> Het eigen risico dempt zodoende (onder meer) de nominale premie, ook voor mensen die weinig of geen zorg gebruiken, en vergroot daarmee het draagvlak voor een hoge mate van solidariteit binnen ons curatieve zorgstelsel.

### 3. Inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven

#### *a. Doelstelling maatregel: een slimmere toepassing van het verplicht eigen risico*

Met de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico betaalt een verzekerde vaak al het gehele verplicht eigen risico bij de eerste keer in een jaar dat hij medisch-specialistische zorg gebruikt. Dit heeft de volgende nadelen:

- Het vooruitzicht van een rekening van € 385 (of hoger als er ook nog voor een vrijwillig

---

<sup>4</sup> Kamerstukken II 2022/23 36200-XVI, nr. 2, p. 213.

<sup>5</sup> Centraal Planbureau, 2021, 'Startnotitie Keuzes in Kaart 2022-2025'.

<sup>6</sup> In artikel 45, vierde lid, van de Zvw in verbinding met artikel 5.5 van de Regeling zorgverzekering is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen; de zogenaamde 50/50-verdeling.

eigen risico is gekozen) kan voor mensen als een hoge drempel worden ervaren en er in sommige gevallen toe leiden dat mensen afzien van zorg die zij wel nodig hebben. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.

- Als mensen al na het eerste consult bij een medisch specialist direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, ervaren ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer om bewust te zijn in hun gebruik van zorg en na te denken of een behandeling passend en nodig is. Kortom: het remgeldeffect valt na een behandeling en mogelijk al vroeg in het jaar geheel weg. Dit maakt dat het verplicht eigen risico momenteel niet altijd even effectief is.

De maatregel grijpt in op deze twee nadelen. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 385 naar maximaal € 150 per zorgvraag, is de financiële drempel verlaagd. Tegelijkertijd is met deze maatregel het *effect* van het eigen risico op het kostenbewustzijn verlengd. Immers, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt, kan het eigen risico ook vaker later in het jaar nog worden aangesproken, zowel in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg als in geval van gebruik van andere curatieve zorg waarvoor het eigen risico geldt. Dit heeft een remmende werking op het gebruik van dergelijke zorg. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel *verlaagd* als *verlengd*. Op de effecten voor verzekerden wordt verder ingegaan in hoofdstuk 5.

#### *b. Kernpunten maatregel*

De doelstelling van de maatregel is om het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg slimmer in te zetten door een verlaagd maximumbedrag van € 150 per prestatie te hanteren. In de brief van 19 januari 2023<sup>7</sup> is de Tweede Kamer reeds geïnformeerd over de hoofdlijnen van de wijze waarop dit in deze wijziging van het Bzv uitgewerkt is. De kernpunten van de maatregel zijn als volgt (deze punten worden verderop in het hoofdstuk verder toegelicht):

- Vanaf 2025 geldt dat de verzekerde voor iedere genoten prestatie aan medisch-specialistische zorg maximaal € 150 kwijt is aan eigen risico, totdat het totaal voor het kalenderjaar geldende maximum van € 385 is bereikt.
- Indien de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, wordt het lagere tarief in rekening gebracht.
- Het maximumbedrag van € 150 wordt vanaf 2026 jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten. Dit gebeurt op dezelfde wijze als de wijze waarop de hoogte van het eigen risico wordt geïndexeerd (met afrondingen op bedragen van € 5).
- Het bedrag is van toepassing op alle prestaties voor medisch-specialistische zorg die als diagnose-behandelcombinaties (dbc's) of overige zorgproducten (ozp's) kunnen worden gedeclareerd.<sup>8</sup> Dit wordt nader ingekleurd in paragraaf c 'Reikwijdte van de maatregel'.
- De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna doorloopt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend.
- Personen jonger dan 18 jaar blijven uitgezonderd van het eigen risico. Er wordt tevens niets gewijzigd aan de bestaande uitzonderingen op het eigen risico (bijv. huisartsenzorg).
- De mogelijkheid om het eigen risico vrijwillig te verhogen tot maximaal € 500 wordt niet gewijzigd.
- Als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan € 150, dan kan de zorgverzekeraar het meerdere bedrag boven deze € 150 voor rekening van het vrijwillig eigen risico brengen, ook al is het totaalbedrag van het verplicht eigen risico (€ 385) nog niet bereikt.

<sup>7</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1178.

<sup>8</sup> Een dbc is een bundel van zorg en behandelingen bij een bepaalde zorgvraag, waarbij de prijs van een dbc is gebaseerd op de gemiddelde kosten voor de zorgvraag. Naast dbc's wordt ook gebruikgemaakt van overige zorgproducten (ozp's). Hieronder vallen o.a. aanvullingen op de dbc's (add-ons) voor IC-dagen of dure geneesmiddelen, of voor een tarief voor eerstelijnsdiagnostiek.

### **Voorbeeld werking van maximaal bedrag € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg**

- Een verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort bedraagt € 500. Er wordt geen vervolgd-DBC geopend. Daarnaast gebruikt de verzekerde voor een andere aandoening voor € 100 aan geneesmiddelen. De verzekerde heeft geen vrijwillig eigen risico.
- Huidige systematiek: De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 385 vol met de behandeling van de dermatoloog.
- Nieuwe systematiek: In de nieuwe systematiek maakt de verzekerde het verplicht eigen risico niet direct met de behandeling van de dermatoloog vol. Hij betaalt € 150 voor de behandeling bij de dermatoloog en € 100 voor de geneesmiddelen. Hij betaalt minder eigen risico en is bij vervolgzorg kostenbewuster omdat ook daar nog een betaling van het eigen risico wordt gevraagd.

Er zijn meerdere alternatieven verkend om uitvoering te geven aan het voornemen om een betaling per behandeling te laten gelden zodat mensen niet in één keer het gehele eigen risico betalen. Die alternatieven zien zowel toe op de aard en omvang van de betaling als op de samenhang met het vrijwillig eigen risico. Deze verkenning en afweging van deze alternatieven worden in paragraaf d van dit hoofdstuk toegelicht.

#### *c. Reikwijdte van de maatregel*

In de medisch-specialistische zorg is veel ruimte voor verbetering van de effectiviteit van het verplicht eigen risico. Dat komt omdat de prijzen van prestaties in de medisch-specialistische zorg relatief hoog liggen: verzekerden maken regelmatig direct hun gehele eigen risico vol met één ziekenhuisbezoek. Het gevolg daarvan kan zijn dat verzekerden afzien van zo'n bezoek. Zoals in paragraaf 3a is aangegeven, is dat bezien vanuit de verzekerde onwenselijk en kan het er bovendien toe leiden dat de verzekerde later meer of duurdere zorg nodig heeft. Gaat een verzekerde wél naar het ziekenhuis, dan zal hij daarna überhaupt geen financiële prikkel meer ervaren om na te denken of een behandeling binnen of buiten de medisch-specialistische zorg (op het gegeven moment) passend en nodig is.<sup>9</sup> Daarnaast ligt het gemiddeld aantal prestaties medisch-specialistische zorg dat jaarlijks per verzekerde gedeclareerd wordt relatief laag. Hierdoor zullen verzekerden bij een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg minder snel en minder vaak hun gehele eigen risico volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn. De belangrijkste twee doelen van de maatregel, namelijk om de eerste drempel tot zorg te *verlagen* en het remgeldeffect te *verlengen*, kan in deze sector dus het beste worden bereikt. In de brief aan de Tweede Kamer van 19 januari 2023 is aangekondigd<sup>10</sup>, dat verkend zou worden of en op welke manier deze maatregel meerwaarde kan hebben in andere sectoren van de curatieve zorg. Met een nieuwe wijziging van het Bzv zou dan later een maximumbedrag in andere sectoren kunnen worden ingevoerd. Deze verkenning is inmiddels afgerond. Hieruit blijkt dat een uitbreiding naar andere sectoren onvoldoende meerwaarde biedt. Dit komt door de volgende kenmerken:

- In sommige sectoren is sprake van een samenhangend zorgtraject waarbij er meerdere afzonderlijke prestaties worden gedeclareerd. Hierdoor maakt men alsnog snel het eigen risico vol, zonder dat van een echt keuzemoment sprake is. Het beste voorbeeld hiervan is de geestelijke gezondheidszorg. Daar wordt vanaf 1 januari 2022 gewerkt met het zogenaamde zorgprestatiemodel. Met de invoering hiervan vindt de bekostiging plaats met

<sup>9</sup> In dit verband wordt opgemerkt dat de tranchering van het verplicht eigen risico niet alleen het kostenbewustzijn bij verder gebruik van medisch-specialistische zorg kan verhogen, maar ook het kostenbewustzijn van later gebruik van *andere* zorg waarvoor het verplicht eigen risico geldt.

<sup>10</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1178.

'kleinere' prestaties per zorgactiviteit (per dag). Een zorgtraject in de ggz bestaat hierdoor uit aanzienlijk meer prestaties dan in de medisch-specialistische zorg. In de praktijk zouden er weinig gebruikers van ggz zijn die door de maatregel niet meer hun volledige eigen risico zouden volmaken (zoals in de medisch-specialistische zorg wel het geval is). De maatregel heeft dan geen effect. Deze conclusies werden onderschreven in een gesprek met representanten uit de ggz-sector (de Nederlandse GGZ, LVVP, het NIP, MEER-ggz, MIND, P3NL, NZa en ZN).

- Ook kan in sectoren sprake zijn van relatief lage kosten per prestatie, zoals in de ambulante paramedische zorg. Voor zover paramedische zorg<sup>11</sup> deel uitmaakt van het basispakket, geldt dat de declaraties fors lager zijn dan het maximumbedrag van € 150. Toepassing van de maatregel heeft daardoor naar verwachting geen effect. Gelet op de hoogte van de declaraties, zal het feit dat deze volledig ten laste gaan van het verplicht eigen risico naar verwachting niet tot zorgmijding leiden. Ook is er door de relatief lage tarieven al een verlengd remgeldeffect. Men blijft zich dus lang kostenbewust, omdat elke behandeling een financieel gevolg heeft. Hetzelfde geldt voor de kosten van extramurale geneesmiddelen<sup>12</sup>. De gemiddelde kosten van door de apotheek uitgegeven geneesmiddelen per recept, bedroegen in 2021 € 23.<sup>13</sup>
- Tot slot geldt voor enkele sectoren dat het om zorg gaat die logischerwijs samengaat met andere zorg, waardoor men ook bij invoering van het maximumbedrag van € 150 per prestatie het eigen risico snel zou volmaken. Dit geldt voor bijvoorbeeld ambulancezorg, geriatrische revalidatiezorg en 'eerstelijnsverblijf'. Deze zorg vindt veelal plaats direct voorafgaand aan of direct na afloop van medisch-specialistische zorg.

Door deze kenmerken sorteert de invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in andere sectoren dan de medisch-specialistische zorg weinig effect. Hierbij is ook de begrijpelijkheid van de maatregel voor verzekerden meegewogen: het soms wel en soms niet invoeren van een maximumbedrag in overige sectoren, zou tot onoverzichtelijkheid leiden voor zowel verzekerden als zorgverzekeraars en wordt daarom niet wenselijk geacht. Met deze wijziging van het Bzv is daarom per 1 januari 2025 een maximumbedrag per prestatie geïntroduceerd voor alleen de medisch-specialistische zorg.

In deze amvb is, aansluitend bij de formulering van artikel 2.4, eerste lid, Bzv bepaald dat de tranches verplicht eigen risico gelden voor 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden', met uitzondering van door (of namens) psychiaters verleende zorg<sup>14</sup> en met toevoeging van door kaakchirurgen geleverde zorg. De Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB/REG-23609-03 <sup>15</sup>) en de bijbehorende tarieventabel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geven een goed handvat om te bepalen om welke vormen van zorg en overige diensten het gaat. In wezen gaat het in ieder geval om alle zorg die de NZa in die beschikking en de tarieventabel als prestatie heeft aangeduid, met uitzondering van de prestaties voor geriatrische revalidatiezorg. Daarnaast gaat het om enkele vormen van zorg die niet in die beschikking en de tarieventabel worden genoemd. In het hiernavolgende wordt een en ander toegelicht.

- Het werk van de specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (in de praktijk veelal kaakchirurg genoemd) bevindt zich op het raakvlak tussen geneeskunde en tandheelkunde, maar wordt niet aangemerkt als zorg die een medisch specialist pleegt te bieden. De kaakchirurg is geen medisch specialist, maar werkt veelal wél in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De geboden zorg zal door verzekerden dan ook worden ervaren als medisch-specialistische zorg. Om die reden valt ook door (of namens) de kaakchirurg verleende zorg onder de tranchering. De prestaties waar het om gaat, zijn in

<sup>11</sup> De paramedische zorg bestaat uit fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie, en diëtetiek.

<sup>12</sup> Extramurale geneesmiddelen worden op recept rechtstreeks aan verzekerden geleverd door de apotheek. Dit in tegenstelling tot intramurale geneesmiddelen. Deze worden als onderdeel van een medisch-specialistische behandeling toegediend door een arts of verpleegkundige. Intramurale geneesmiddelen maken deel uit van de medisch-specialistische zorg en zijn dus reeds onderdeel van de maatregel.

<sup>13</sup> GIP databank

<sup>14</sup> Zie echter de nuancering achter het tweede punt in de opsomming.

<sup>15</sup> Genoemde beleidsregel is van toepassing in 2023.

- bovengenoemde beschikking en de tarieventabel opgenomen.
- Psychiaters zijn medisch specialisten en bieden 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. Eerder in deze paragraaf is echter beargumenteerd waarom prestaties in de geestelijke gezondheidszorg niet onder de in deze amvb geregelde tranchering vallen. Dit geldt ook voor door (of namens) psychiaters geleverde geestelijke gezondheidszorg. Om die reden is de door hen geleverde zorg van de tranchering uitgesloten, tenzij deze wordt geboden in het kader van een somatische medisch-specialistische behandeling en zodoende onderdeel uitmaakt van bovengenoemde beschikking en de tarieventabel. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan de inschakeling van een psychiater indien de medisch specialist die een somatische behandeling verleent dat aangewezen vindt (bijvoorbeeld naar aanleiding van ingrijpende situaties of ziektebeelden).
  - Geriatrische revalidatiezorg (art. 2.5c, Bzv) wordt niet door of namens medisch specialisten maar door specialisten ouderengeneeskundigen (voorheen verpleeghuisgeneeskundigen) verleend. Specialisten ouderengeneeskunde leveren geneeskundige zorg die valt onder de aanspraak "zorg zoals huisartsen plegen te bieden" en vindt plaats buiten een ziekenhuis. Om die reden geldt de tranchering niet voor deze zorg, ook al is deze zorg wel in de prestatie- en tariefbeschikking en de bijbehorende tabel van de NZa opgenomen.
  - Twee vormen van zintuiglijk gehandicaptenzorg (art. 2.5a Bzv), namelijk multidisciplinaire diagnostiek van zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen en multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen, zijn te beschouwen als zorg zoals medisch specialisten (in dit geval oogartsen) die plegen te bieden en zijn ook opgenomen in bovengenoemde beschikking en tarieventabel. Ze vallen derhalve onder de tranchering.
  - Medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT) wordt, afhankelijk van de situatie, bekostigd vanuit de medisch-specialistische zorg of als wijkverpleging. De maatregel is alleen van toepassing indien de MSVT namens een medisch-specialist/ziekenhuis wordt gedeclareerd. Voor die gevallen heeft de NZa ook prestaties en tarieven opgenomen in de tarieventabel die hoort bij bovengenoemde prestatie- en tariefbeschikking. Net als nu reeds het geval is, geldt het verplicht eigen risico niet voor declaraties door de verpleegkundige voor *wijkverpleging*.
  - In het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG (Bub WMG) zijn twee diensten opgenomen die niet onder de prestatie- en tariefregulering van de medisch-specialistische zorg vallen en daarom niet in de tarieventabel voorkomen. Deze diensten zijn echter, gelet op de betrokkenheid van medisch specialisten, te beschouwen als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het gaat om verblijf buiten het ziekenhuis (artikel 3, eerste lid, onder o, Bub WMG) en de levering van elektriciteit voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie (artikel 3, eerste lid, onder p, van Bub WMG). De maatregel is op deze diensten van toepassing.
  - Ten slotte wordt opgemerkt dat tranchering niet van toepassing is op forensische zorg en op abortuszorg, voor zover die geleverd wordt door abortusklinieken. Weliswaar kan het hier gaan om zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, maar deze zorg is geen op grond van de zorgverzekering verzekerde zorg. Gevolg is dat het in de Zvw opgenomen verplicht eigen risico er niet voor geldt en derhalve de in deze amvb geregelde tranchering van dat eigen risico ook niet.

Met het oog op de leesbaarheid van deze toelichting wordt de term 'medisch-specialistische zorg' gebruikt voor alle vormen van zorg of overige diensten waarvoor de tranchering geldt, ook al worden sommige vormen van deze zorg of dienst – zo moge uit het voorgaande blijken – niet als medisch-specialistische zorg bekostigd.

#### d. Hoogte en toepassing van het maximumbedrag

Vanaf 2025 betalen verzekerden maximaal € 150 per prestatie aan medisch-specialistische zorg. Dit geldt voor alle prestaties, zowel dbc's als ozp's. In de medisch-specialistische zorg wordt niet iedere verrichting, zoals een injectie, een röntgenfoto of een ligdag, apart afgerekend. Er wordt namelijk gewerkt met dbc's waarin meerdere verrichtingen binnen een behandeltraject zijn gebundeld en getarifeerd. Naast dbc's wordt ook gebruik gemaakt van ozp's. Hieronder valt bijvoorbeeld eerstelijnsdiagnostiek of aanvullingen op dbc's (deze worden 'add-on' prestaties genoemd) voor IC-dagen of dure geneesmiddelen. Het kan dus voorkomen dat er bij één ziekenhuisbezoek meerdere dbc's of ozp's horen, zoals voor een operatie en voor een ligdag op de intensive care.

De verrekening van het eigen risico is gekoppeld aan de declaratiesystematiek, waaronder de dbc-systematiek voor medisch-specialistische zorg. Het eigen risico volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar. Er is voor gekozen om deze afhankelijkheid in stand te houden, zodat de maatregel zo min mogelijk investeringen in ICT vergt en zo min mogelijk impact heeft op bestaande administratieve processen van zorgverzekeraars. Het stapsgewijs volmaken van het verplicht eigen risico geldt voor alle rechtmatig gedeclareerde prestaties in de medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat telkens als een dbc of ozp (inclusief eventuele add-on) door de zorgaanbieder in rekening wordt gebracht voor verzekerde zorg, het daarbij geldende tarief ten laste komt van het verplicht eigen risico voor zover dat tarief niet hoger is dan € 150. Indien de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, wordt het lagere tarief in rekening gebracht in plaats van de € 150.

Verschillende alternatieven voor een andere soort en hoogte van het (maximum)bedrag zijn overwogen, maar bleken qua uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid dermate belastend dat de voordelen ervan niet opwogen tegen de nadelen. Deze verkende alternatieven zijn:

- Een maximumbedrag per zorggebeurtenis (een consult, operatie, ligdag);
- Een maximumbedrag per zorgvraag (per dbc en ozp, maar voor vervolgd-bc's in hetzelfde jaar zou het verplicht eigen risico dan niet worden aangesproken);
- Een procentueel eigen risico; en
- Andere hoogtes van het maximumbedrag per dbc en ozp.

Eerstgenoemd alternatief (maximumbedrag per *zorggebeurtenis*) is vanuit het perspectief van de verzekerde het meest aantrekkelijk van de reeks alternatieven en is - net als de gekozen variant - ook nader in kaart gebracht door de NZa. Een maximumbedrag per zorggebeurtenis is voor de verzekerde waarschijnlijk herkenbaarder en daardoor begrijpelijker dan een bedrag per dbc. Dat komt omdat in een dbc verschillende verrichtingen die passen bij een bepaalde diagnose worden gebundeld en getarifeerd. Een vast bedrag per *zorggebeurtenis* zou juist een verrekening betekenen aan de hand van *delen* van een behandeling, zoals een polikliniekbezoek, een verpleegdag, diagnostisch onderzoek, etc.

Een vast bedrag per zorggebeurtenis is echter zeer complex in de uitvoering, omdat dit niet aansluit bij de huidige bekostigingssystematiek, wijze van administratie en declaratie door zorgaanbieders. Het zou een nieuwe en aparte registratiestroom vergen, waarin specifieke zorggebeurtenissen worden vastgelegd door de zorgaanbieder en worden gedeeld met de zorgverzekeraar. De hiervoor benodigde wijzigingen in de administratieve systemen van zorgaanbieders en -verzekeraars zouden forse investeringen vragen. Naast de administratieve lasten die dit met zich meebrengt, kunnen partijen deze nieuwe en aparte registratie niet per 2025 gereed hebben. Er is voor gekozen om dergelijke ingrijpende wijzigingen te vermijden en zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging. Dat houdt in dat het eigen risico wordt verrekend met een vast bedrag per rechtmatig gedeclareerde prestatie.

Ook een maximumbedrag per *zorgvraag* is te bewerkelijk in de uitvoering. De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als een behandeling daarna doorloopt, zal een nieuwe (vervolg-)dbc worden geopend. Het uitzonderen van vervolg-dbc's gedurende hetzelfde jaar heeft als voordeel dat het voor verzekerden duidelijker is hoeveel eigen risico ze moeten betalen voor een behandeling in de medisch-specialistische zorg. Het uitzonderen van vervolg-dbc's gedurende het jaar maakt de uitvoering voor zorgverzekeraars echter zeer complex, omdat deze dbc's handmatig moeten worden gescheiden van vervolg-dbc's die in het jaar erna worden geopend. Voor die vervolg-dbc's zou het verplicht eigen risico namelijk wel gelden. Mensen met een vervolg-dbc ontvangen bovendien langer en meer zorg. Vanuit het oogpunt van solidariteit mag daar ook een extra bijdrage via het eigen risico tegenover staan.

In plaats van een vast maximumbedrag is tevens overwogen om een *procentueel* eigen risico te introduceren, dat wil zeggen een verplicht eigen risico waarbij verzekerden een percentage van de kosten van een behandeling betalen. Die variant heeft echter als nadeel dat de betaling per gedeclareerde prestatie zal verschillen. Een maximumbedrag van € 150 is veel beter herkenbaar voor verzekerden dan een percentage van een wisselend tarief voor de gedeclareerde zorg. Dit voorkomt een scenario waarin telkens weer onduidelijkheid bestaat hoeveel eigen risico in rekening wordt gebracht.

Voor de hoogte van het maximumbedrag per prestatie is gekozen voor een bedrag van € 150. Dit bedrag geeft een goede balans tussen een forse lastenverlichting voor ruim een miljoen zorggebruikers enerzijds<sup>16</sup> en de toename van kostenbewustzijn bij zorggebruikers anderzijds. Een bedrag van bijvoorbeeld € 100 per prestatie zou de lastenverlichting voor deze individuele verzekerden verder vergroten, maar het wordt daardoor minder waarschijnlijk dat het remgeldeffect van de gehele maatregel tenminste evenveel zou toenemen als bij € 150 het geval is. Hierdoor weegt de opbrengst van het remgeldeffect niet langer op tegen de minder opbrengsten vanuit het verplicht eigen risico. Een verdere budgettaire doorrekening en onderbouwing is te vinden in hoofdstuk 4.

#### *e. Samenhang met uitvoering van het vrijwillig eigen risico*

Het vrijwillig eigen risico is een verhoging van het verplicht eigen risico dat de verzekeringnemer kan kiezen in ruil voor een korting op de premie voor de basisverzekering. Het vrijwillig eigen risico kan € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per jaar zijn (artikel 20, tweede lid, Zvw). Zorgverzekeraars bepalen zelf welke bedragen van het vrijwillig eigen risico ze aanbieden. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico betalen een groter deel van hun zorgkosten zelf ('medefinanciering') en daarnaast leidt het vrijwillig eigen risico tot meer kostenbewustzijn en een remgeldeffect. Het vrijwillig eigen risico biedt ook keuzevrijheid aan verzekerden, wat van belang is voor het creëren van draagvlak voor de risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden. In de hoofdlijnenbrief van 19 januari 2023 is aangegeven dat er met het slimmer toepassen van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg beoogd wordt zo min mogelijk te wijzigen aan deze werking en doelen van het vrijwillig eigen risico. In het kader van deze werking wordt opgemerkt dat in april 2022 de motie van het lid Paulusma<sup>17</sup> c.s. is aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt. De Tweede Kamer is op 12 april 2023 geïnformeerd over de resultaten van het onderzoek dat Equalis naar aanleiding van deze motie heeft uitgevoerd.<sup>18</sup> Uit het onderzoek blijkt dat het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring van ongezonde naar gezonde verzekerden leidt: verzekerden zonder vrijwillig eigen risico betalen per jaar € 11 mee aan de premiekorting voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat het

---

<sup>16</sup> Verzekerden die in een kalenderjaar een of twee dbc's nodig hebben zijn nu het gehele verplichte eigen risico kwijt, en straks € 150 of € 300 (of, bij dbc's die minder dan € 150 kosten, minder).

<sup>17</sup> Kamerstukken II 2021/22, 35872, nr. 13.

<sup>18</sup> Nog geen Kamerstuknummer, zie [Kamerbrief overstappen zorgverzekering 2022-2023 | Kamerstuk | Rijksverheid.nl](#).



bedrag van € 11 per jaar zeer klein is vergeleken met de totale risicosolidariteit van gezonde verzekerden met ongezonde verzekerden. In het Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2022 - 2023 staan onderzoeken die mogelijk de kruissubsidiëring kunnen doen afnemen en waardoor verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor zorgverzekeraars financieel minder aantrekkelijk worden. De minister heeft aangekondigd de resultaten van deze onderzoeken af te wachten, alvorens eventuele vervolgstappen ten aanzien van het vrijwillig eigen risico te overwegen. Daarnaast heeft de minister aangegeven de Tweede Kamer in de zomer van 2023 te informeren over de uitkomsten van de onderzoeken in de risicoverevening.

In de Zvw is geregeld dat kosten van zorg die zowel onder het verplicht als onder het vrijwillig eigen risico kan vallen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht (artikel 23, derde lid). Op dit moment betekent dit dat een vrijwillig eigen risico pas wordt aangesproken nadat het bedrag van het verplicht eigen risico (€ 385) volledig is volgemaakt. Dit Besluit leidt ertoe dat het totaalbedrag van het verplicht eigen risico (€ 385) bij gebruik van medisch-specialistische zorg in stappen van maximaal € 150 wordt volgemaakt. Als de kosten van een prestatie van medisch-specialistische zorg hoger zijn dan € 150, dan kunnen de meerkosten voor rekening van een vrijwillig eigen risico worden gebracht ook al is het totaalbedrag aan verplicht eigen risico (€ 385) nog niet volgemaakt. Dat volgt uit de bewoordingen van artikel 23, derde lid, Zvw. Door deze wijziging van het Bzv kunnen deze meerkosten immers niet ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht. Door deze vormgeving van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg blijft de omvang van de medefinanciering en het remgeldeffect naar verwachting vergelijkbaar aan de situatie voor de inwerkingtreding van de tranchering van het vrijwillig eigen risico. Zorgverzekeraars kunnen deze extra eigen betalingen en deze besparing als gevolg van het remgeldeffect ook blijven 'teruggeven' in de hoogte van de premiekorting, waardoor het vrijwillig eigen risico even aantrekkelijk blijft en verzekerden keuzevrijheid behouden.

**Voorbeeld werking maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg: werking vrijwillig eigen risico**

- De verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500.
- De verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost € 500. Er wordt geen vervolg-dbc geopend. Een paar maanden later komt de verzekerde bij de neuroloog voor een andere zorgvraag. Hier wordt opnieuw een dbc geopend. Deze dbc kost € 700.
- Huidige systematiek:
  - o De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 385 vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast wordt er € 115 vanwege zijn vrijwillig eigen risico uit eigen middelen betaald.
  - o Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico: € 385 (€ 500 - € 115)
  - o In totaal betaalt de verzekerde € 885 uit eigen middelen.
- Nieuwe systematiek:
  - o De verzekerde betaalt voor de eerste dbc € 150 aan verplicht eigen risico (€ 150 voor de dermatoloog) en het restant van de factuur van de dermatoloog, zijnde (€ 500 - € 150 =) € 350, aan vrijwillig eigen risico.
  - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw € 150 aan verplicht eigen risico.
  - o Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico, namelijk € 150 (€ 500 - € 350 van de factuur van de dermatoloog).
  - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen € 800: € 300 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

Alternatieve invullingen van de aansluiting van het vrijwillig eigen risico op de tranches aan verplicht eigen risico zijn onderzocht, maar lijken de werking van het vrijwillig eigen risico af te zwakken. Het is bijvoorbeeld mogelijk het vrijwillig eigen risico pas aan te laten spreken nadat het verplicht eigen risico is volgemaakt. Bij een maximumbedrag van € 150 per prestatie voor medisch-specialistische zorg zou dat echter kunnen betekenen dat een grote groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico nooit meer het vrijwillig eigen risico zou hoeven aanspreken omdat ze vaak gezond zijn en lage zorgkosten hebben.<sup>19</sup> Dit zou leiden tot minder medefinanciering en een kleiner remgeldeffect. Zorgverzekeraars zouden hierdoor mogelijk geen aantrekkelijke premiekorting bij het vrijwillig eigen risico meer kunnen aanbieden en vervolgens wegens gebrek aan animo voor het vrijwillig eigen risico kunnen besluiten om dat niet meer aan te bieden. Dat zou ten koste gaan van de keuzevrijheid van verzekerden. Het instrument 'vrijwillig eigen risico' zou dus door deze alternatieve invulling worden ondergraven. Een ander alternatief zou zijn om ook voor het vrijwillig eigen risico tranches te gaan hanteren, in plaats van het mogelijk te maken dat de meerkosten van de prestatie volledig voor het vrijwillig eigen risico worden gebracht. Ook hiermee zou het vrijwillig eigen risico als instrument worden ondergraven. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico zouden met dit alternatief waarschijnlijk hun vrijwillig eigen risico eveneens in mindere mate aanspreken omdat ze lage zorgkosten en weinig prestaties in de medisch-specialistische zorg hebben. Kortom: beide alternatieven zouden de huidige doelen en werking van het vrijwillig eigen risico veranderen, hetgeen niet de doelstelling is van de tranchering.

#### *f. Indexering van het maximumbedrag per prestatie*

Het bedrag van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten. Voor de jaren 2023 tot en met 2025 is de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op € 385 en is de jaarlijkse indexering uitgeschakeld. Vanaf 2026 wordt het verplicht eigen risico weer geïndexeerd, tenzij opnieuw besloten wordt om de jaarlijkse indexering voor één of meerdere jaren uit te schakelen. Indien op termijn de totale hoogte van het verplicht eigen risico stijgt, zal het maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg zich niet langer goed verhouden tot het maximale verplicht eigen risico dat dan zal gelden. Om deze reden is in dit Besluit geregeld dat het maximumbedrag van € 150 wordt geïndexeerd aan de hand van de stijging van de zorgkosten. Dit zal op dezelfde wijze gebeuren als de wijze waarop de hoogte van het eigen risico wordt geïndexeerd (met afrondingen op bedragen van € 5). Indien de hoogte van het eigen risico in de toekomst opnieuw wordt bevroren, zal – tenzij anders wordt beslist – ook de hoogte van het maximumbedrag worden bevroren.

#### 4. Budgettaire gevolgen

In tabel 1 staan de structurele budgettaire effecten van de invoering van een maximumbedrag van € 150 aan verplicht eigen risico per prestatie in de medisch-specialistische zorg. Deze budgettaire effecten zijn relevant voor het uitgavenkader, oftewel het Uitgavenplafond Zorg. Dit hoofdstuk richt zich op de macro budgettaire effecten. De budgettaire effecten op individueel niveau en de inkomenseffecten worden besproken in hoofdstuk 5.

Tabel 1. Budgettaire effecten maatregel in miljoenen euro's

<b>Budgettaire effecten in mln. €</b>	<b>2025</b>	<b>2026</b>	<b>2027</b>	<b>Structureel</b>
Derving opbrengst verplicht eigen risico	118	118	118	118
Daling collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)	-317	-317	-317	-317
<i>Totaal uitgavenkader (afgerond) (Uitgavenplafond Zorg)</i>	<i>-200</i>	<i>-200</i>	<i>-200</i>	<i>-200</i>

<sup>19</sup> Centraal Planbureau, 2016, 'Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico'.

Het budgettaire effect bestaat uit twee delen: een derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico omdat een deel van de verzekerden minder eigen risico gaat betalen, en lagere zorgkosten door het grotere kostenbewustzijn (het remgeldeffect).

De derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico is met aanvullende informatie van het Zorginstituut Nederland berekend. Beide budgettaire effecten zijn ten opzichte van de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord<sup>20</sup> geactualiseerd aan de hand van nieuwere en meer complete gegevens over het zorggebruik en de zorgkosten. Ook zijn meer recente inschattingen van de ontwikkeling van volume en prijzen in de zorg toegepast.

#### *a. Derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico*

In de oude situatie betaalde iemand die medisch-specialistische zorg genoot, doorgaans in één keer het volledige bedrag van het verplicht eigen risico van € 385. Omdat de bijdrage in de medisch-specialistische zorg wordt gemaximeerd op € 150 per prestatie, betalen mensen gemiddeld minder eigen risico. Een aanzienlijk aantal verzekerden die in een kalenderjaar medisch-specialistische zorg nodig hebben, zal namelijk slechts een of twee dbc's nodig hebben en zal ook niet met andere dan medisch-specialistische zorg het gehele verplicht eigen risico (€ 385) volmaken. Hierdoor neemt de opbrengst van het eigen risico af met € 118 miljoen op jaarbasis.

Het ministerie van VWS heeft op basis van cijfers van het Zorginstituut Nederland berekend hoeveel mensen een lager eigen risico betalen en hoeveel ze minder gaan betalen. Hiervoor is gebruik gemaakt van het ramingsmodel van het ministerie en van gegevens van de behandelingen en zorgkosten van alle verzekerden in Nederland. In die gegevens staat bijvoorbeeld hoeveel dbc's en ozp's iemand heeft, hoeveel die kosten en hoeveel overige zorgkosten een verzekerde nog heeft. In de berekening is ook meegenomen dat verzekerden het verplicht eigen risico alsnog kunnen volmaken met nieuwe dbc's of met andere zorg dan medisch-specialistische zorg.

#### *b. Daling van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)*

Op dit moment betalen mensen in de medisch-specialistische zorg vaak al voor het eerste consult (inclusief bijbehorend onderzoek en de eerste 120 dagen behandeling) bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico. Door het maximumbedrag van € 150 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg weliswaar minder hoog, maar mensen worden door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling langer gestimuleerd om na te denken of een volgend gebruik van zorg (of dat nu medisch-specialistische zorg is of andere zorg waarvoor het verplicht eigen risico geldt) passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel hun volledige verplicht eigen risico volmaken. Dit resulteert in afname van zorggebruik en daardoor een daling van de collectieve zorguitgaven van € 317 miljoen per jaar. Ter vergelijking: de totale uitgaven aan medisch-specialistische zorg in 2022 waren grofweg € 27 miljard en aan de Zvw in totaal grofweg € 51 miljard.<sup>21</sup>

Het gedragseffect is gebaseerd op eerdere berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB) op basis van hun microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.<sup>22, 23</sup> In 2022 heeft het CPB ten behoeve van de analyse van de economische en budgettaire effecten van het coalitieakkoord een inschatting gemaakt van het gedragseffect van de maatregel. Het ministerie van VWS heeft deze inschatting geactualiseerd aan de hand van nieuwere en meer complete gegevens over het

---

<sup>20</sup> Budgettaire bijlage coalitieakkoord 2021-2025 | Publicatie | Rijksoverheid.nl

<sup>21</sup> Lasten Medisch specialistische zorg | Zorgcijfersdatabank.nl.

<sup>22</sup> Boone, J. en M. Remmerswaal, 2020, 'A Structural Microsimulation Model for Demand-Side Cost-Sharing in Healthcare'.

<sup>23</sup> Centraal Planbureau, 2020, 'Eigen betalingen in Zorgkeuzes in Kaart 2020'.

zorggebruik en de zorgkosten. Ook zijn meer recente inschattingen van de ontwikkeling van volume en prijzen in de zorg toegepast. Dit resulteert in een gedragseffect van € 317 miljoen.

De manier waarop het CPB het model gebruikt heeft om het remgeldeffect van een maximumbedrag van € 150 per prestatie te berekenen, wordt beschreven bij maatregel 61 'Vaste eigen bijdrage per dbc' in Zorgkeuzes in Kaart 2020.<sup>24</sup> Het microsimulatiemodel van het CPB wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in Kaart 2020, Keuzes in Kaart 2022 t/m 2025 en de doorrekening van de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord. Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico voor de Nederlandse bevolking in kaart hebben gebracht maar bijvoorbeeld ook de situatie in de Verenigde Staten.<sup>25, 26, 27, 28</sup>

## 5. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

### *a. Het verplicht eigen risico wordt effectiever én betaalbaarder*

De invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg maakt van het eigen risico een effectiever en betaalbaarder instrument. In de oude situatie betalen mensen in de medisch-specialistische zorg vaak al voor het eerste consult bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico. Door het maximumbedrag van € 150 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg minder hoog, maar worden mensen *na* een eerste onderzoek of behandeling langer gestimuleerd om na te denken of een volgend gebruik van zorg passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel en minder vaak hun volledige verplicht eigen risico volmaken en voor elke extra behandeling opnieuw € 150 moeten betalen (tot een maximum van € 385). De maatregel werkt, zoals ook al eerder is aangegeven, ook door in andere vormen van curatieve zorg waarvoor het eigen risico geldt. Stel dat een verzekerde bijvoorbeeld niet meer meteen zijn gehele eigen risico vol maakt met een behandeling in de medisch-specialistische zorg, dan betekent dat hij ook nog eigen risico moet betalen voor bijvoorbeeld een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Ook in die andere sectoren denken mensen dus langer na of een beoogde behandeling passend en nodig is. Als toenemend kostenbewustzijn leidt tot een minder hoge zorgvraag is dat een gewenst effect. Mocht er door de verlengde drempel afgezien worden van passende of noodzakelijke zorg, dan is dat vanzelfsprekend geen gewenst effect. Omdat de hoogte van het maximale eigen risico niet toeneemt, is de verwachting dat zo'n effect niet optreedt. Ik ben uiteraard voornemens om de effecten van deze maatregel te evalueren.

De impact van de maatregel verschilt per persoon. Mensen die bijna geen zorg gebruiken en niet naar het ziekenhuis hoeven, merken weinig van de maatregel. De mensen die wél naar het ziekenhuis gaan en daar jaarlijks één of enkele onderzoeken of behandelingen nodig hebben, profiteren van de nieuwe systematiek doordat ze jaarlijks minder eigen risico gaan betalen. Dat is uiteraard in de situatie waarin ze in dat jaar niet ook andere zorg nodig hebben waarvoor het verplicht eigen risico geldt. Dit betreft een brede groep van mensen met verschillende zorgbehoeften. Het kan bijvoorbeeld gaan om mensen die plotseling eenmalig ziekenhuiszorg nodig hebben, evenals mensen met een (chronische) aandoening waarvoor ze slechts af en toe

---

<sup>24</sup> Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Financiën, 2020, 'Zorgkeuzes in Kaart 2020'.

<sup>25</sup> Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma en R. Douven, 2019, Cost-sharing design matters: a comparison of the rebate and deductible in healthcare, *Journal of Public Economics*, vol. 170: 83-97.

<sup>26</sup> Remmerswaal, M., J. Boone, and R. Douven, 2019, Selection and moral hazard effects in healthcare, CPB Discussion Paper.

<sup>27</sup> Vliet, R.C. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics* vol. 4(4): 81-94.

<sup>28</sup> Zie bijvoorbeeld het nog steeds meest belangrijke onderzoek naar de effecten van eigen betalingen op zorggebruik van J.P. Newhouse en co-auteurs uit 1993: 'Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment'.

naar het ziekenhuis moeten. Uit de berekening bedoeld in paragraaf 4a blijkt dat circa 1 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld € 100 minder aan verplicht eigen risico betalen.

Mensen met hoge zorgkosten – dit kan ook buiten de medisch-specialistische zorg zijn – maken vanwege hun hoge zorggebruik waarschijnlijk alsnog hun eigen risico vol. Zij blijven net als in de huidige systematiek maximaal € 385 verplicht eigen risico betalen op jaarbasis. Niemand gaat dus méér eigen risico betalen, omdat het maximaal te betalen eigen risico hetzelfde blijft. Tot en met 2025 wordt dit bedrag van € 385 niet geïndexeerd.

#### *b. Begrijpelijkheid en doenvermogen*

Het uitgangspunt van de wijziging van het eigen risico is om het eigen risico zo eenvoudig mogelijk vorm te geven voor de verzekerde. Te veel verschillende regels en uitzonderingen kunnen ten koste gaan van de duidelijkheid en begrijpelijkheid voor de verzekerde, wat vervolgens ook ten koste kan gaan van de effectiviteit van het beleid. Daarom is gekozen het maximumbedrag van € 150 op alle dbc's en ozp's in de medisch-specialistische zorg toe te passen. Daarnaast maakt een vast bedrag van € 150 per prestatie de hoogte van het eigen risico in eerste instantie voorspelbaarder voor verzekerden. Tegelijkertijd zijn er nu twee bedragen om rekening mee te houden (€ 150 en € 385). Indien men ook nog een vrijwillig eigen risico heeft, is er nog een derde dimensie. Deze complexiteit is ook opgemerkt in de internetconsultatie.

De wijziging van het eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde. De zorgverzekeraar zorgt zelf voor een zorgvuldige berekening van het eigen risico. Desondanks verandert de vormgeving van het eigen risico. Daardoor moeten mensen ontdekken hoe het nieuwe eigen risico werkt, en in sommige gevallen ook checken hoeveel dbc's of ozp's voor hen in een kalenderjaar zijn ingezet. Een goede informatievoorziening voor verzekerden, die goed aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, is daarom zeer belangrijk.

#### *c. Inkomenseffecten burgers*

De effecten van de maatregel op de inkomens van burgers zijn als volgt:

- Nominale premie:
  - Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks € 118 miljoen minder uit het verplicht eigen risico. Hierdoor zullen zij de nominale premie hoger vast moeten stellen. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover lagere opbrengsten uit eigen risico staat een hogere nominale premie. In casu gaat het om een verhoging van ongeveer € 8 per verzekerde<sup>29</sup> per jaar.
  - Echter, de maatregel leidt ook tot een remgeldeffect. Dit effect heeft – vanwege de zogeheten 50/50-verdeling<sup>30</sup> – een dempend effect op zowel de inkomensafhankelijke bijdrage als op de nominale premie van ongeveer € 10 per verzekerde per jaar.
  - Per saldo gaat het derhalve om een lagere nominale premie van (€ 10 – € 8 =) € 2 per verzekerde per jaar.
- Verplicht eigen risico:
  - Verzekerden betalen jaarlijks € 118 miljoen minder verplicht eigen risico. Dat is gemiddeld € 8 per verzekerde per jaar.
  - Het gemiddelde van € 8 gaat uit van alle verzekerden van 18 jaar of ouder samen. Toegespitst op verzekerden die gebruik maken van medisch-specialistische zorg is dit bedrag een stuk hoger: ongeveer 1 miljoen verzekerden betalen gemiddeld €

<sup>29</sup> Waar hier 'verzekerde' staat, wordt steeds de verzekerde van achttien jaar of ouder bedoeld. Voor de zorgverzekering van verzekerden jonger dan achttien jaar gelden geen nominale premies of eigen risico.

<sup>30</sup> In artikel 45, vierde lid, van de Zvw in verbinding met artikel 5.5 van de Regeling zorgverzekering is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen; de zogenaamde 50/50-verdeling.

100 minder verplicht eigen risico per jaar.

- Zorgtoeslag:
  - Als tegemoetkoming in de nominale premie en het verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie. De standaardpremie is gelijk aan de geraamde gemiddelde premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar, vermeerderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt.<sup>31</sup>
  - Zoals beschreven onder 'Nominale premie' daalt de nominale premie met € 2 per verzekerde per jaar en het gemiddelde eigen risico met € 8 per verzekerde per jaar. Hierdoor gaat ook de standaardpremie en de zorgtoeslag met € 10 omlaag.
  - Daarbij geldt dat indien verzekerden daadwerkelijk medisch-specialistische zorg gebruiken, zij uiteraard gemiddeld genomen meer voordeel kunnen hebben van de nieuwe eigen risico systematiek.

Onderstaande tabellen geven een overzicht van de inkomenseffecten voor verschillende groepen verzekerden. Het effect voor het jaar 2025 is structureel.

Tabel 2. De inkomenseffecten van de wijziging van het Bzv voor 2025 (- is een negatief inkomenseffect, + is een positief inkomenseffect):

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Gemiddelde verplicht eigen risico en ontvangt zorgtoeslag	+ € 8	+ € 2	- € 10	<b>€ 0</b>
Gemiddelde verplicht eigen risico en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 8	+ € 2	€ 0	<b>+ € 10</b>
Geen zorggebruik dat onder het verplicht eigen risico valt en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	+ € 2	- € 10	<b>- € 8</b>
Geen zorggebruik dat onder het verplicht eigen risico valt en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	+ € 2	€ 0	<b>+ € 2</b>
Ontvangt medisch-specialistische zorg, blijft onder de € 385 en ontvangt zorgtoeslag	+ € 100	+ € 2	- € 10	<b>+ € 92</b>
Ontvangt medisch-specialistische zorg, blijft onder de € 385 en ontvangt geen zorgtoeslag	+ € 100	+ € 2	€ 0	<b>+ € 102</b>
Maakt na de maatregel alsnog het verplicht eigen risico vol en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	+ € 2	- € 10	<b>- € 8</b>
Maakt na de maatregel alsnog het verplicht eigen risico vol en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	+ € 2	€ 0	<b>+ € 2</b>

## 6. Uitvoering, regeldruk en fraude

### a. Burgers

De maatregel heeft, behoudens kennisnemingskosten, geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers. Een deel van de burgers dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg verdiept zich door de maatregel nader in de toepassing van het eigen risico om een inschatting te maken van

<sup>31</sup> Artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag.

hoeveel eigen risico ze moeten betalen. Sommige burgers nemen door de maatregel ook contact op met zijn of haar zorgverzekeraar of zorgaanbieder voor advies over de toepassing van het eigen risico of om te controleren of een zorgverzekeraar een tranche wel terecht in rekening heeft gebracht. Een deel van de mensen die een vrijwillig eigen risico heeft of overweegt heeft ook mogelijk medisch-specialistische zorg nodig. De kennisneming van de nieuwe werking van het eigen risico kan voor hen relatief complex zijn, omdat ze zowel eigen risico moeten betalen voor het verplicht eigen risico als voor het vrijwillig eigen risico. Verzekerden hoeven geen extra investeringen te doen anders dan het kennis nemen van de nieuwe toepassing van het verplicht eigen risico. Registratie en declaratie van zorg en de verrekening van het eigen risico worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan, waardoor burgers automatisch profiteren van de lastenverlichting voor zover daarvan sprake is gezien hun zorggebruik.

Bijlage 1 bevat een berekening van de regeldrukkosten voor burgers. Deze kosten zijn opgeteld € 10,9 miljoen. Het gros van deze kosten is echter eenmalig: burgers nemen eenmalig kennis van de wijziging van het eigen risico (€ 10,1 miljoen). Daarnaast zal een deel van de burgers contact opnemen met zijn of haar zorgverzekeraar of zorgaanbieder voor advies over de dbc-systematiek en het verrekenende eigen risico. Dit kost € 0,8 miljoen, maar deze kosten nemen aanzienlijk af naarmate mensen bekender worden met de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek. Om het begrip van de maatregel te vergroten en daarmee de vragen (en kosten) voor zorgaanbieders en -verzekeraars te verkleinen, wordt ingezet op goede informatievoorziening.

#### *b. Zorgverzekeraars*

Het eigen risico wordt geïnd door de zorgverzekeraar. Een wijziging in de toepassing van het eigen risico betekent dat de zorgverzekeraars hun ICT-systemen en informatievoorziening moeten aanpassen voor het innen van het eigen risico. Omdat de maatregel aansluit bij de huidige bekostiging, is er geen nieuwe en aparte declaratiestroom nodig. Maar de maatregel vergt een andere inrichting van de administratie van zorgverzekeraars, opdat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in tranches wordt verrekend. Ook moet het ICT-systeem zo worden aangepast, dat de meerkosten (dat wil zeggen de kosten boven € 150) van een prestatie in de medisch-specialistische zorg toegerekend kunnen worden aan het vrijwillig eigen risico indien een verzekeringnemer daarvoor gekozen heeft. Naar verwachting sturen zorgverzekeraars door de maatregel meer rekeningen naar hun verzekerden, omdat verzekerden in meerdere stappen hun eigen risico volmaken. Door de toename van het aantal rekeningen voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico, nemen de uitvoeringslasten beperkt toe. Ook het verwerken van correcties op een declaratie door een zorgaanbieder, is complexer wanneer men ook een vrijwillig eigen risico heeft. Eventuele invorderingswerkzaamheden van zorgverzekeraars nemen mogelijk ook enigszins toe. Dat is op voorhand niet zeker, omdat de rekeningen zelf lager zijn (en verzekerden mogelijk makkelijker en sneller hun rekening kunnen betalen). Ten slotte zullen zorgverzekeraars, voorafgaand aan inwerkingtreding van de maatregel en in het eerste jaar na inwerkingtreding, meer vragen krijgen van verzekerden over het verrekenende eigen risico. De regering acht de toegevoegde waarde van de maatregel in passende verhouding tot bovengenoemde uitvoeringslasten.

Bijlage 1 bevat een berekening van de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars, waarbij uitgegaan is van de hierboven genoemde handelingen en standaarden uit het handboek Meting Regeldrukkosten.<sup>32,33</sup> Uit bijlage 1 blijkt dat de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars opgeteld € 4,2 miljoen zijn. Ruim de helft van deze kosten is eenmalig: het kost naar verwachting eenmalig € 2,8 miljoen om de ICT-systemen en informatievoorzieningen van zorgverzekeraars aan te passen. Daarnaast zal een deel van de burgers contact opnemen met de zorgverzekeraar voor advies over de dbc-systematiek en het verrekenende eigen risico. Dit kost € 1,4 miljoen, maar deze kosten

---

<sup>32</sup> ATR, 2018, Handboek Meting Regeldrukkosten.

<sup>33</sup> Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gevraagd om een precieze inschatting te maken van extra verrichtingen en de kosten die bij de maatregel komen kijken. Zij gaven echter aan dat het voor hen nog niet mogelijk was om de kosten van extra uitvoeringslasten te kwantificeren (zie paragraaf 9c).

nemen aanzienlijk af naarmate mensen bekender worden met de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek. Om het begrip van de maatregel te vergroten en daarmee de vragen (en kosten) voor zorgverzekeraars te verkleinen, wordt ingezet op een goede informatievoorziening.

#### *c. Zorgaanbieders*

De maatregel heeft geen gevolgen voor de administratie van zorgaanbieders, omdat zij geen extra investeringen hoeven te doen of inspanningen te verrichten. Zorgaanbieders moeten door de wijziging in de overgangssituatie wel rekening houden met wat meer vragen van patiënten over de gedeclareerde producten bij de zorgverzekeraar. De verwachting is dat het aantal vragen afneemt als verzekerden gewend zijn aan de nieuwe wijze van verrekening van het eigen risico. De inschatting is dat de meeste vragen aan de zorgverzekeraar zullen worden gesteld, omdat zij de rekening voor het eigen risico versturen en er voor de meeste mensen op dat moment pas aanleiding ontstaat voor eventuele vragen.

Bijlage 1 bevat een berekening van de regeldrukkosten voor zorgaanbieders. Het kost naar verwachting € 1,0 miljoen voor zorgaanbieders om vragen te beantwoorden van burgers over de dbc-systematiek en de hoogte van het verrekenende eigen risico. Deze kosten nemen naar verwachting echter aanzienlijk af naarmate mensen bekender worden met de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek. De informatievoorziening waaraan in het voorgaande is gerefereerd, beperkt ook de hoeveelheid vragen die aan zorgaanbieders wordt gesteld (en daarmee de kosten voor het beantwoorden van dergelijke vragen).

#### *d. Belastingdienst/toeslagen*

Zoals in het voorgaande is aangegeven, leidt de maatregel via een verlaging van de standaardpremie leiden tot een verlaging van de zorgtoeslag van € 10 per jaar. Aangezien de standaardpremie ieder jaar gewijzigd wordt, levert dit voor de Belastingdienst/toeslagen, geen extra werk op.

#### *e. SKGZ, Raad voor de Rechtspraak, Raad voor de Rechtsbijstand*

Artikel 114 Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars ervoor moeten zorgen dat verzekerden geschillen over de uitvoering van de zorgverzekering kunnen voorleggen aan een onafhankelijke instantie. Die instantie is de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ). Deze biedt een laagdrempelig alternatief voor een gang naar de rechter, in de vorm van de Ombudsman Zorgverzekeringen – die kosteloos bemiddelt tussen partijen – en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen, die voor € 37 aan entreekosten een bindend advies uitbrengt over een geschil. Het doel van alternatieve geschillenbeslechting is de verzekerde een goedkopere geschillenbeslechting te bieden dan een gang naar de burgerlijke rechter. Voordeel is tevens dat de rechterlijke macht hiermee wordt ontzien. In het jaarverslag van de SKGZ over 2021 kan worden teruggevonden dat 5% respectievelijk 3% van de behandelde klachten en geschillen ging over de toepassing van het eigen risico.<sup>34</sup> Aannemelijk is dat het aantal klachten/geschillen dat door de rechterlijke macht is behandeld nog kleiner is. De SKGZ geeft aan dat vooral het eerste jaar wel een toename van het aantal vragen en klachten kan worden verwacht, maar dat dit goed kan worden opgevangen door de SKGZ. Ook volgens de SKGZ is – met goede communicatie en verwijzing naar de SKGZ – het aantal zaken dat ten gevolge van deze wijziging bij de burgerlijk rechter terechtkomt, te verwaarlozen zijn. De Raad voor de Rechtspraak en de Raad voor de Rechtsbijstand zijn daarom niet voor een advies over de gevolgen van de tranchering benaderd.

---

<sup>34</sup> In 2021 werden er 126 klachten (5% van het totaal) over het eigen risico behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen. Daarnaast werden er in 2021 10 geschillen (3% van het totaal) over het eigen risico behandeld door de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (SKGZ Jaarverslag 2021).



## 7. Gegevensbescherming

Er is geen 'Data Protection Impact Assessment' uitgevoerd, omdat deze wijziging van het Bzv niet leidt tot een verandering in de aard of de soort gegevens die worden gewisseld tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden.

## 8. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland

### *a. Europees recht*

Het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) laat het in beginsel aan de lidstaten van de Europese Unie over om hun socialezekerheidsstelsel, inclusief de inrichting van de sociale ziektekostenverzekeringen, naar eigen inzicht vorm te geven<sup>35</sup>. Het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel is met de Zvw privaatrechtelijk vormgegeven, onder publieke randvoorwaarden. De dekking van het verzekeringsrisico wordt geboden door private verzekeringsondernemingen. Daarom is de Solvabiliteit II-richtlijn<sup>36</sup> van toepassing op de zorgverzekeringen. Ter bescherming van de kopers van verzekeringsproducten enerzijds, en anderzijds ter bevordering van een gelijk speelveld bij de grensoverschrijdende mededinging tussen verzekeringsondernemingen, verbiedt deze richtlijn het om verzekeringsondernemingen te onderwerpen aan wettelijke voorschriften over acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Ingevolge artikel 206, eerste lid, onderdeel a, van de Solvabiliteit II-richtlijn geldt dit voor privaatrechtelijke zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw echter niet voor zover dergelijke voorschriften noodzakelijk zijn ter bescherming van het algemeen belang waartoe de zorgverzekering dient. In hoofdstuk II van de Interpretatieve mededeling 'Vrij verrichten van diensten en algemeen belang in het verzekeringsbedrijf'<sup>37</sup> geeft de Europese Commissie een handreiking voor het verrichten van een toets aan het algemeen belang. Van belang is met name dat duidelijk is welk algemeen belang met een maatregel wordt gediend en dat de maatregel proportioneel is, dat wil zeggen in verhouding staat tot het nagestreefde doel.

Naar de mening van de regering is het verplicht eigen risico noodzakelijk ter bescherming van de financiële houdbaarheid van het in de Zvw opgenomen stelsel van verzekering voor geneeskundige zorg. Zoals in hoofdstuk 2 van deze toelichting is aangegeven, zorgt het eigen risico immers voor medefinanciering van de verzekerde zorg en, via verhoging van het kostenbewustzijn, tot een lager beroep daarop. Beide dragen bij aan de financiële houdbaarheid. Proportioneel is het verplicht eigen risico volgens de regering omdat de hoogte ervan zodanig is, dat enerzijds de beoogde bijdrage aan de financiële houdbaarheid wordt bereikt en anderzijds de solidariteit van gezondere verzekerden met minder gezonde verzekerden behouden blijft.

De maatregel regelt dat de zorgverzekeraars bij gebruik van medisch-specialistische zorg het verplicht eigen risico in tranches voor rekening van de verzekerde dienen te brengen (totdat het maximumbedrag van dat risico - € 385 - is bereikt), daar waar zij voordien de kosten van medisch-specialistische zorg geheel voor rekening van het verplicht eigen risico dienden te brengen (totdat dat maximumbedrag was bereikt). De beleidsvrijheid van zorgverzekeraars bij het aanbieden of uitvoeren van het verplicht eigen risico neemt door de maatregel derhalve toe noch af. Daarmee gelden de in het vorige tekstblok weergegeven argumenten voor de verenigbaarheid van het verplicht eigen risico met de Solvabiliteit II-richtlijn ook voor de beperkte andere uitvoeringswijze van het verplicht eigen risico waartoe deze maatregel noopt.

### *b. Caribisch Nederland*

De maatregel heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. De Zvw regelt een verplichte zorgverzekering voor mensen die, kortweg, in Nederland wonen of loonbelasting betalen. De gevolgen van het wetsvoorstel zijn daardoor beperkt tot het Europese deel van Nederland.

<sup>35</sup> Zie de artikelen 153 en 168 VWEU.

<sup>36</sup> Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PBEU 2009, L 335).

<sup>37</sup> PbEU 2000, C 43 (nr. 3, pp. 0005-0027).

Aanpassing van de wet- en regelgeving omtrent de ziektekosten in het Caribisch deel van Nederland, te weten het Besluit zorgverzekering BES en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES, is niet nodig omdat die collectieve verzekeringen geen eigen risico kennen.

## 9. Consultatie

### *a. Gesprekken en totstandkoming maatregel*

De NZa heeft in juni 2020, op verzoek van de toenmalig minister voor Medische Zorg en Sport, een advies uitgebracht over het eigen risico in combinatie met de dbc-systematiek.<sup>38</sup> Naar aanleiding van het advies van de NZa zijn in 2021 gesprekken gevoerd tussen het ministerie van VWS, de NZa, de Patiëntenfederatie Nederland, de Consumentenbond, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Kwaliteitszorgverzekeraars (VRZ). Deze gesprekken hadden als doel om inzicht te krijgen in de mogelijkheden voor verbetering en aandachtspunten bij een eventuele toekomstige hervorming van de systematiek van het eigen risico. Op 5 juli 2021 is deze technische verkenning als Kamerbrief aan de Tweede Kamer gestuurd<sup>39</sup>. Deze brief bevatte uitdrukkelijk geen advies of voorkeur vanuit partijen.

In 2022 zijn alle voor deze maatregel relevante partijen individueel gesproken en in het tweede halfjaar van 2022 heeft een gezamenlijke consultatiebijeenkomst plaatsgevonden met de Patiëntenfederatie, ZN, de NVZ, de Consumentenbond en de NZa over de gekozen variant en de hoofdlijnen van de brief aan de Tweede Kamer. Daaruit is geconcludeerd om goed te letten op de volgende aandachtspunten in de verdere uitwerking:

- Aandacht voor de patiënt: het belang van heldere communicatie over de toegevoegde waarde van de hervorming richting de patiënt, evenals voldoende aandacht voor een goede informatievoorziening om ervoor te zorgen dat de wijziging voor de patiënt begrijpelijk is.
- Wat betekent de wijziging voor de uitvoering van zorgverzekeraars? In het bijzonder de manier waarop de hervorming van het verplicht eigen risico doorwerkt naar het vrijwillig eigen risico zou extra aanpassingen in de ICT-systemen van zorgverzekeraars vergen.
- Neem de tijd voor een goede uitvoering: het gaat niet alleen om een ICT-aanpassing, maar vooral informatievoorziening naar verzekerden/patiënten en het beantwoorden van extra vragen gedurende de overgangssituatie.

In hoofdstuk 10 hierna en in de bijlage wordt daarom op deze onderwerpen ingegaan. Daarnaast is voorzien in voldoende invoeringstijd voor de tranchering.

### *b. Internetconsultatie*

In de periode van 8 maart tot en met 5 april 2023 heeft een internetconsultatie plaatsgevonden. Deze heeft geleid tot 15 reacties, namelijk van de Patiëntenfederatie, de Consumentenbond, Ieder(in), ZN, de NVZ, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en van 9 individuen.

De reacties zijn samen te vatten in vier thema's.

#### *Begrijpelijkheid*

Door meerdere partijen (ZN, NZa, NVZ, de Patiëntenfederatie) zijn zorgen geuit over de begrijpelijkheid van de maatregel. Gevreesd wordt dat een verzekerde na een ziekenhuisbezoek niet precies weet hoeveel prestaties er voor hem of haar gedeclareerd zullen worden. Zo kan een verzekerde na bezoek aan een kaakchirurg twee prestaties gedeclareerd krijgen (waarbij dus twee keer € 150 aan eigen risico wordt aangesproken), terwijl een grote hartoperatie maar tot één DBC-

<sup>38</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2019/20, 29689, nr. 1072.

<sup>39</sup> Kamerstukken II 2020/21, 2689 nr. 1109.

prestatie kan leiden. Dit is niet intuïtief en voorspelbaar voor verzekerden, en omdat het eigen risico als gevolg van de maatregel in meer stappen wordt geïnd, leidt dit vaker tot vragen. Dit wordt onderkend. Voor de voorbereiding van dit traject zijn alternatieven in kaart gebracht die begrijpelijker zijn voor verzekerden. Een voorbeeld hiervan is een maximumbedrag per zorggebeurtenis. Die variant is echter complex in de uitvoering en vergt ingrijpende wijzigingen. Er is daarom gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging. Het is voor verzekerden dus van belang dat zij zich desgewenst door de zorgaanbieder laten informeren over het aantal prestaties dat gedeclareerd gaat worden. Daarnaast is van belang dat wordt ingezet op een actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen. De ontvangen reacties onderstrepen de noodzaak hiervan. Er is ruim de tijd voor een uitgebreide voorlichting, aangezien de maatregel vanaf 2025 ingaat.

#### *Vrijwillig eigen risico*

Ook de samenloop tussen het verplicht en het vrijwillig eigen risico wordt qua uitvoerbaarheid en begrijpelijkheid voor verzekerden als complex beschouwd (genoemd door de Patiëntenfederatie, de Consumentenbond en ZN). Alternatieve invullingen van de aansluiting van het vrijwillig eigen risico op de tranches aan verplicht eigen risico zijn onderzocht, maar lijken de werking van het vrijwillig eigen risico af te zwakken. Zoals reeds uiteengezet in paragraaf 3e, wordt beoogd om de doelen en werking van het vrijwillig eigen risico zoveel mogelijk in stand te houden. De voorgestelde variant, waarin het vrijwillig eigen risico direct wordt belast nadat de eerste € 150 aan eigen risico wordt aangesproken, benadert de bestaande situatie het beste. Wel heeft dit als gevolg dat verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico, dit vrijwillig eigen risico sneller aanspreken dan nu het geval is en dat dit mogelijk meer uitleg van de zorgverzekeraars behoeft.

#### *Chronisch zieken*

De Patiëntenfederatie en ZN merken op dat chronische zieken niet in gelijke mate profiteren van de maatregel. Veel chronisch zieken zullen inderdaad het verplicht eigen risico alsnog volmaken, omdat zij vaak meerdere dbc's per jaar en ook andere zorg zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen gebruiken. Zij gaan er echter niet op achteruit als gevolg van deze maatregel. De regering heeft ten aanzien van chronisch zieken bovendien andere maatregelen genomen om de lasten van eigen betalingen te verminderen, zoals het bevriezen van de hoogte van het eigen risico tot en met 2025. Daarnaast wordt een monitor opgezet om meer inzicht te krijgen in de mate van stapeling van eigen betalingen over de verschillende domeinen heen.<sup>40</sup> Voor mensen met een lager inkomen draagt de overheid via de zorgtoeslag bij aan de premie voor de basisverzekering en het gemiddelde verplicht eigen risico. In ons curatieve zorgstelsel is er mede hierdoor sprake van een hoge mate van risicosolidariteit én van inkomenssolidariteit. Het verplicht eigen risico legt slechts een relatief klein deel van de zorgkosten bij de zorggebruiker.

#### *Remgeldeffect*

Een groot aantal partijen (waaronder ZN, de NVZ, de Consumentenbond en burgers) begrijpt niet waarom het remgeldeffect zoveel toeneemt en wil weten in hoeverre het door CPB gehanteerde model gevalideerd is. Men vraagt zich bijvoorbeeld af in hoeverre men überhaupt genegen is om af te zien van geïndiceerde medisch-specialistische zorg en hoe het kan dat de maatregel volgens het ministerie van VWS leidt tot een afname van zorgmijding en een remgeldeffect gerealiseerd kan worden. Naar aanleiding van de reacties is in hoofdstuk 4 de uitleg van het verwachte remgeldeffect als gevolg van de maatregel en de onderbouwing van de inschatting uitgebreider beschreven. De reacties gaven geen aanleiding om het besluit zelf aan te passen.

#### *c. Inschatting uitvoeringslasten van ZN*

Op 24 februari 2023 is ZN gevraagd om een precieze inschatting te maken van extra verrichtingen en de kosten die bij de maatregel komen kijken. Zij gaven in een reactie op 4 april 2023 aan dat

---

<sup>40</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1176.

het voor hen op dat moment nog niet mogelijk was om de kosten van extra uitvoeringslasten te kwantificeren. Zorgverzekeraars hebben daarom met een kwalitatieve analyse de impact van de maatregel geïnventariseerd. Daarbij hebben ze gedetailleerd de processen in kaart gebracht die geraakt worden door de maatregel en aangegeven of de impact hoog, midden of laag is, of deze incidenteel of structureel is en wat de verwachte doorlooptijd is. In deze toelichting zijn alle handelingen die ZN noemt al opgenomen, maar wel op een minder gedetailleerd niveau.

#### *d. Uitvoeringstoets NZa*

Op 24 februari 2023 is de NZa gevraagd om de amvb te toetsen op de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. Daarnaast is de NZa gevraagd om in beeld te brengen of er gevolgen zijn voor de toezichtstaken van de NZa. De NZa gaf in een reactie op 20 april 2023 aan dat bezien vanuit regulerings- of bekostigingsperspectief er geen noemenswaardige uitvoeringsconsequenties voor de NZa verbonden zijn aan vaststelling en inwerkingtreding van het Bzv per 1 januari 2025. Vanuit een toezichtsperspectief ziet de NZa ook geen grote complicaties voor de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid. Wel zijn er zorgen over de begrijpelijkheid. De NZa zal na invoering thematisch onderzoeken of de technische uitvoering goed loopt en of de informatieverstrekking naar verzekerden voldoende op orde is.

De NZa benoemt drie aandachtspunten in haar reactie. Allereerst geeft de NZa aan dat het voor de technische implementatie voor zorgverzekeraars belangrijk is dat de besluitvorming op tijd afgerond is, zodat zij voldoende tijd zullen hebben om hun systemen aan te passen. En dat het ook van belang is dat er geen andere gelijktijdige wijzigingen komen. De aansluiting van het vrijwillig eigen risico op de tranches aan verplicht eigen risico maakt de uitvoering complexer, maar is wel technisch uitvoerbaar. Het is verder ook belangrijk dat het risicovereveningsmodel wordt aangepast op de wijziging. Ten tweede merkt de NZa op dat zij zorgen heeft over de begrijpelijkheid van de maatregel. Dbc's en ozp's zijn geen herkenbare zorgactiviteiten voor verzekerden, de samenhang tussen het verplicht en vrijwillig eigen risico wordt complexer, en dat alles in een complex systeem van zorggebonden eigen bijdragen en bijbetalingen voor niet-gecontracteerde zorg. De NZa verwacht dat de wijziging leidt tot meer meldingen bij zowel zorgverzekeraars als de NZa en dus ook meer toezicht- casuïstiek. Ten derde merkt de NZa op dat de reikwijdte van de maatregel scherp afgebakend moet worden. De NZa benoemt ten slotte dat de wijziging van het eigen risico de jaargrensproblematiek<sup>41</sup> in de medisch-specialistische zorg niet oplost en dat zij zich afvragen of het eigen risico niet alsnog snel volloopt voor verzekerden, waardoor de prikkel voor doelmatig zorggebruik wegvalt.

De opmerkingen van de NZa komen grotendeels overeen met de reacties in de internetconsultatie. Deze worden daarom in paragraaf 9b besproken. Paragraaf 3c van deze toelichting is gewijzigd om de reikwijdte van de maatregel scherper af te bakenen en duidelijker te maken voor welke prestaties het maximumbedrag geldt.

#### *e. Oordeel Adviescollege toetsing regeldruk*

Op 8 maart 2023 is een concept van deze amvb en deze toelichting aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd. De ATR heeft uitwerking van de gevolgen van deze amvb voor de regeldruk getoetst op nut en noodzaak, de mogelijkheid op minder belastende alternatieven, de uitvoering en het in kaart brengen van de gevolgen voor de regeldruk. Op 29 maart 2023 heeft de ATR aangegeven geen verdere opmerkingen bij deze vier punten te hebben en daarom het dictum 'Het besluit vaststellen' te geven.

---

<sup>41</sup> Hiermee wordt bedoeld dat het jaartal waarvoor iemand de factuur voor het eigen risico ontvangt, niet altijd correspondeert met het jaar waarin diegene in het ziekenhuis is geweest – hetgeen niet bijdraagt aan de begrijpelijkheid bij inning van het eigen risico. De maatregel heeft echter niet ten doel om die problematiek op te lossen. Daarvoor moet het eigen risico worden losgekoppeld van de bekostigingssystematiek. De Tweede Kamer heeft over dit probleem een uiteenzetting ontvangen in Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1089.

## 10. Communicatie en invoering

Deze wijziging van het Bzv geldt per 1 januari 2025.

In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze wordt opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de totstandkoming zullen verschillende doelgroepen worden betrokken, zodat de uitingen begrijpelijk zijn en zoveel mogelijk mensen bereiken.

## 11. Evaluatie

De effecten van deze maatregel zullen geëvalueerd worden. Om dit op een goede manier te doen en eventueel al zaken in gang te zetten (zoals dataverzameling), zal reeds in 2023 met onderzoekers worden nagedacht over een geschikte onderzoeksmethode.

## **II. Artikelsgewijs**

*Artikel I (artikel 2.17a van het Bzv)*

*artikel 2.17a, eerste lid Bzv*

Artikel 21, eerste lid, Zvw bepaalt dat het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, bij amvb wordt vastgesteld. Dit percentage is geregeld in artikel 2.19 Bzv: het bedraagt 100. Op grond van artikel 21, tweede lid, Zvw, kunnen bij amvb vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten, in afwijking van artikel 21, eerste lid, Zvw, geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen. Van deze mogelijkheid wordt in voorliggende amvb gebruik gemaakt. Bepaald wordt allereerst dat de kosten van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden telkens tot een bedrag van ten hoogste € 150 onder het verplicht eigen risico vallen<sup>42</sup>, waarmee automatisch ook geregeld is dat het meerdere daar *niet* onder valt. Uit artikel 19 Zvw volgt dat dit slechts geldt totdat het totaalbedrag dat aan verplicht eigen risico in een kalenderjaar verschuldigd is, is bereikt. Voor het kalenderjaar 2025 – het eerste jaar waarin dit Besluit geldt – is het totaalbedrag aan verplicht eigen risico ingevolge artikel 19 Zvw € 385.

Indien voor een verzekerde in een kalenderjaar drie dbc's in rekening worden gebracht van ieder meer dan € 150, betaalt de verzekerde derhalve voor de eerste twee dbc's telkens € 150, en voor de derde € 85.

Het komt voor dat een prestatie minder dan € 150 kost. Het gaat daarbij dan niet om dbc's, maar om "kleine" prestaties in de van vorm van een ozp. Indien een dergelijke prestatie wordt gedeclareerd, dient uiteraard slechts het desbetreffende bedrag aan verplicht eigen risico in rekening te worden gebracht. Ook hier geldt weer dat in een kalenderjaar nooit meer dan het totaalbedrag aan verplicht eigen risico in rekening kan worden gebracht.

Indien voor een verzekerde in een 2025 eerst een ozp van € 50 in rekening wordt gebracht en daarna vier dbc's van telkens meer dan € 150, betaalt hij eerst € 50, vervolgens € 150, dan nog eens € 150 en voor de vierde dbc ten slotte € 35.

Een bedrag wordt slechts voor rekening van het verplicht eigen risico gebracht, indien de declaratie rechtsgeldig was, dat wil zeggen voldoet aan hetgeen daarover bij en krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is geregeld. Zoals ook nu al het geval is, dient de zorgverzekeraar dit na te gaan voordat hij het aan eigen risico verschuldigde bedrag bij de verzekerde in rekening brengt. Het wetsvoorstel brengt hier geen verandering in.

---

<sup>42</sup> Zoals blijkt uit de tekst van artikel 21, tweede lid, Zvw, en Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 6, p. 12, en Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 35, p. 3, hoeft het gedeelte dat niet ten laste van het verplicht eigen risico komt, niet in een percentage te worden uitgedrukt. In casu is voor een bedrag gekozen.

Indien de verlening van medisch-specialistische zorg gepaard is gegaan met verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, met verpleging, met verzorging of met paramedische zorg, zijn de kosten daarvan in de dbc inbegrepen. Het is dus niet zo dat in zo'n geval ook nog een tranche verplicht eigen risico per – bijvoorbeeld – ligdag verschuldigd is. Voor de zekerheid wordt dit in het eerste lid geëxpliciteerd.

Artikel 23, derde lid, Zvw bepaalt dat een zorgverzekeraar kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico brengt. Aangezien artikel 2.17a, eerste lid, ervoor zorgt dat van een eerste dbc of ozp in een kalenderjaar hoogstens € 150 ten laste van het verplicht eigen risico kan worden gebracht, brengt dit voor een verzekerde met een vrijwillig eigen risico met zich, dat vervolgens al direct het vrijwillig eigen risico voor het meerdere kan worden aangesproken.

Indien een verzekerde met een vrijwillig eigen risico van € 500 in een kalenderjaar eerst een kno-arts bezoekt (stel: dbc kost € 200), vervolgens een neuroloog (stel: dbc kost € 400) en vervolgens een kaakchirurg (stel: dbc kost € 450), betaalt hij voor de kno-arts aan verplicht eigen risico € 150 en aan vrijwillig eigen risico € 50, voor de neuroloog aan verplicht eigen risico € 150 en aan vrijwillig eigen risico € 250 en voor de kaakchirurg aan verplicht eigen risico € 85 en aan vrijwillig eigen risico € 200.

#### *Artikel 2.17a, tweede lid Bzv*

Zoals in het algemeen deel van deze nota van toelichting is aangegeven, geldt het tranchegewijs volmaken van het verplicht eigen risico niet voor de kosten van medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg (dat wil zeggen geestelijke gezondheidszorg zoals psychiaters die plegen te bieden), tenzij het gaat om zorg die in het kader van een medisch-specialistische somatische behandeling wordt ingezet.<sup>43</sup> Het tweede lid regelt dat.

#### *Artikel 2.17a, derde lid Bzv*

Het derde lid zorgt ervoor dat het maximumbedrag voor een tranche verplicht eigen risico als bedoeld in het eerste lid wordt geïndexeerd overeenkomstig de wijze waarop het totaalbedrag aan verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 19 Zvw, wordt geïndexeerd. Dat wil zeggen dat het bedrag, bedoeld in artikel 2.17a, eerste lid, jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11 Zvw, tussen het kalenderjaar waarop de tranche aan verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar. Indien het geïndexeerde bedrag, naar beneden afgerond, € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in het eerste lid bedoelde bedrag, wordt dat bedrag bij ministeriële regeling vervangen door het nieuwe bedrag, waarna het nieuwe bedrag in de plaats treedt van het oude.

De minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Ernst Kuipers

---

<sup>43</sup> Deze geestelijke gezondheidszorg die wordt geboden in het kader van een somatische behandeling, wordt bekostigd met gebruikmaking van de prestaties en tarieven voor medisch-specialistische zorg (TB/REG-23609-03) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatie-model).

**Bijlage 1: Inschatting van de regeldrukkosten voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars (op basis van het Handboek Meting Regeldrukkosten).**

<b>Burgers</b>							
<i>Beschrijving van handeling en groep</i>	<i>Bijhorende standaardhandeling uit handboek 'Regeldruk'</i>	<i>Gemiddelde tijdsbesteding (min.)</i>	<i>Tarief (€/uur)</i>	<i>Omvang groep</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Totaalbedrag (x €1 miljoen)</i>	<i>Toelichting aannames en cijfers</i>
Mensen die geen gebruik maken van medisch-specialistische zorg nemen globaal kennis van de wijziging van het eigen risico.  Dit zijn eenmalige handelingen.	Kennisneming / zich op de hoogte stellen van de verplichting  Eenvoudige moeilijkheidsgraad	2	15	5.000.000	1	2,5	Volgens CBS Statline (geraadpleegd op 10 februari 2023) zijn er circa 9 miljoen prestaties gedeclareerd in de medisch-specialistische zorg in 2020. We veronderstellen daarom dat er 9 miljoen gebruikers van medisch-specialistische zorg zijn. Er zijn circa 14 miljoen volwassenen (CBS Statline, geraadpleegd op 10 februari 2023), dus de omvang van deze deelgroep is grofweg 5 miljoen mensen.
Een deel van de mensen die wél gebruik maken van medisch-specialistische zorg maakt alsnog (snel) het gehele eigen risico vol en daardoor globaal kennisnemen van de wijziging van het eigen risico.  Dit zijn eenmalige handelingen.	Kennisneming / zich op de hoogte stellen van de verplichting  Eenvoudige moeilijkheidsgraad	2	15	6.000.000	1	3,0	Volgens CBS Statline (geraadpleegd op 10 februari 2023) zijn er circa 9 miljoen prestaties gedeclareerd in de medisch-specialistische zorg in 2020. We veronderstellen daarom dat er 9 miljoen gebruikers van medisch-specialistische zorg zijn. Volgens berekeningen op basis van cijfers van Zorginstituut Nederland gaat circa 1 miljoen verzekerden minder eigen risico betalen. Voor de overige circa 8 miljoen gebruikers van medisch-specialistische zorg verandert het eigen risico niet door de gewijzigde vormgeving van het eigen risico. We verwachten dat een groot deel – we veronderstellen 75% - van deze groep alsnog het eigen risico snel vol maakt en daarom enkel globaal kennis neemt van de maatregel.

<p>Een deel van de mensen die wél gebruik maken van medisch-specialistische zorg zal zich nader verdiepen in de dbc-systematiek om een inschatting te maken van hoeveel eigen risico ze moeten betalen.</p> <p>Dit zijn eenmalige handelingen.</p>	<p>Kennisneming / zich op de hoogte stellen van de verplichting</p> <p>Matig moeilijkheidsgraad</p>	<p>5</p>	<p>15</p>	<p>3.250.000</p>	<p>1</p>	<p>4,1</p>	<p>Volgens CBS Statline (geraadpleegd op 10 februari 2023) zijn er circa 9 miljoen prestaties gedeclareerd in de medisch-specialistische zorg in 2020. We veronderstellen daarom dat er 9 miljoen gebruikers van medisch-specialistische zorg zijn. Volgens berekeningen op basis van cijfers van Zorginstituut Nederland gaat circa 1 miljoen verzekerden minder eigen risico betalen. Zij verdiepen zich nader in de dbc-systematiek om een inschatting te maken van hoeveel eigen risico ze moeten betalen. Daarnaast verandert voor de overige circa 8 miljoen gebruikers van medisch-specialistische zorg het eigen risico niet door de gewijzigde vormgeving van het eigen risico. We verwachten dat 25% van deze groep zich alsnog nader verdiept in de dbc-systematiek om een inschatting te maken van hoeveel eigen risico ze moeten betalen. Totaal omvat de groep 1 miljoen plus 25% * 8 miljoen is 3,25 miljoen mensen.</p>
<p>Een deel van de mensen die wél gebruik maken van medisch-specialistische zorg zal mogelijk contact opnemen met zijn of haar zorgverzekeraar of zorgaanbieder voor advies over de dbc-systematiek of om te controleren of een zorgverzekeraar een tranche wel terecht in rekening heeft gebracht.</p> <p>Deze handeling (en de bijbehorende omvang van de kosten) zal afnemen over tijd naarmate mensen bekender worden met de nieuwe</p>	<p>Verkrijgen van deskundig advies</p> <p>Eenvoudige moeilijkheidsgraad</p>	<p>10</p>	<p>15</p>	<p>325.000</p>	<p>1</p>	<p>0,8</p>	<p>Er wordt verondersteld dat 1 op de 10 mensen die zich nader verdiept in de dbc-systematiek gebruik maakt van medisch-specialistische zorg contact opneemt met zijn of haar zorgverzekeraar of -aanbieder.</p>



vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek.							
Een deel van de mensen die een vrijwillig eigen risico heeft of overweegt heeft ook mogelijk medisch-specialistische zorg nodig hebben. De kennisneming van de nieuwe vormgeving van het eigen risico kan voor hen relatief complex zijn, omdat ze zowel eigen risico moeten betalen voor het verplicht eigen risico als voor het vrijwillig eigen risico.  Dit zijn eenmalige handelingen.	Kennisneming / zich op de hoogte stellen van de verplichting  Complexe moeilijkheidsgraad	20	15	95.000	1	0,5	Volgens Vektis (Zie 'Verzekerden in Beeld 2022') koos in 2020 13,3% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico. Er zijn circa 14 miljoen volwassenen (CBS Statline, geraadpleegd op 10 februari 2023), dus het gaat om 1,9 miljoen verzekerden. Mensen die een vrijwillig eigen risico kiezen hebben gemiddeld genomen erg lage zorgkosten. Volgens het CPB ('Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit vrijwillig eigen risico') kiest 1% van de mensen met hoge verwachte zorgkosten voor een vrijwillig eigen risico. Er wordt verondersteld dat 5% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico deze handeling doet (er is gekozen voor 5% in plaats van 1% om wat marge aan te houden).
<i>Subtotaal regeldruk burgers</i>						<i>10,9</i>	

<b>Zorgaanbieders</b>							
<i>Beschrijving van handeling en groep</i>	<i>Bijhorende standaardhandeling uit handboek 'Regeldruk'</i>	<i>Gemiddelde tijdsbesteding (min.)</i>	<i>Tarief (€/uur)</i>	<i>Omvang groep</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Totaalbedrag (x €1 miljoen)</i>	<i>Toelichting aannames en cijfers</i>
<p>Zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg krijgen vragen van patiënten over de dbc-systematiek en hoogte van het verrekenende eigen risico.</p> <p>Deze handeling (en de bijbehorende omvang van de kosten) neemt af over tijd naarmate mensen bekender worden met de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek.</p>	<p>Verstrekken van deskundig advies</p> <p>Eenvoudige moeilijkheidsgraad</p>	10	54	108.333	1	1,0	Voor deze handeling worden dezelfde uitgangspunten gebruikt als voor de burgers die deskundig advies verkrijgen. Het interne uurloon voor medewerkers in de zorg is € 54 per uur (zie het Handboek Meting Regeldrukkosten). Verder wordt verondersteld dat een derde van de vragen bij zorgaanbieders komen en (zie hierna) 2/3e bij zorgverzekeraars (zij innen het eigen risico bij hun verzekeren en zijn daardoor het eerste aanspreekpunt).
<i>Subtotaal regeldruk zorgaanbieders</i>						1,0	

<b>Zorgverzekeraars</b>							
<i>Beschrijving van handeling en groep</i>	<i>Bijhorende standaardhandeling uit handboek 'Regeldruk'</i>	<i>Gemiddelde tijdsbesteding (min.)</i>	<i>Tarief (€/uur)</i>	<i>Omvang groep</i>	<i>Frequentie</i>	<i>Totaalbedrag (x €1 miljoen)</i>	<i>Toelichting aannames en cijfers</i>
Zorgverzekeraars krijgen vragen van patiënten over de dbc-systematiek en hoogte van het verrekenende eigen risico.  Deze handeling (en de bijbehorende omvang van de kosten) neemt af over tijd naarmate mensen bekender worden met de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek.	Verstrekken van deskundig advies  Eenvoudige moeilijkheidsgraad	10	39	216.667	1	1,4	Voor deze handeling worden dezelfde uitgangspunten gebruikt als voor de burgers die deskundig advies verkrijgen. Verder wordt het uurloon voor de beroepsgroep 'Administratief personeel' van € 39 per uur aangehouden (zie het Handboek Meting Regeldrukkosten). Ten slotte wordt verondersteld dat een derde van de vragen bij zorgaanbieders komen en 2/3e bij zorgverzekeraars (zij innen het eigen risico bij hun verzekerden en zijn daardoor het eerste aanspreekpunt).
Zorgverzekeraars moeten hun ICT-systemen en informatievoorziening aanpassen om het maximumbedrag per prestatie in de medisch-specialistische zorg te kunnen verrekenen en weergeven.  Dit zijn eenmalige handelingen.	Niet van toepassing	60	54	10	5.200	2,8	Volgens de NZa ('Kerncijfers zorgverzekeraars') waren er in 2022 20 zorgverzekeraars verdeeld over 10 concerns. Naar verwachting vinden de ICT-wijzigingen op concernniveau plaats en/of trekken zorgverzekeraars binnen een concern samen op om de ICT-systemen op te zetten. Daarnaast wordt verondersteld dat ieder concern met vijf medewerkers in 2024 (ter voorbereiding op invoering per 1 januari 2025) zes full time maanden met de wijziging van de ICT-systemen en informatievoorzieningen bezig is. Dat is - uitgaande van werkweken van 40 uur - 40 uur * 26 weken * 5 medewerkers = 5.200 uur. Tenslotte is een intern uurloon van hoog opgeleide medewerkers van € 54 per uur gehanteerd.
<i>Subtotaal regeldruk zorgverzekeraars</i>						4,2	