

## 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 curatieve zorg. 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 daardoor niet alleen bij aan de financiering van de curatieve zorg, maar ook aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor mensen langer zullen 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 de hoofdlijnen van deze maatregel geschetst. Met deze wijziging van het Besluit zorgverzekering is het eigen risico 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 zorgkosten € 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 zullen 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. 8
h5. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten	p. 9
h6. Uitvoering, regeldruk en fraude	p. 12
h7. Gegevensbescherming	p. 13
h8. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 13
h9. Consultatie	p. 14
h10. Communicatie en invoering	p. 15
deel II. Artikelsgewijze toelichting	p. 15

#### 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 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.

<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.

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.

#### *a. 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 zullen sommige verzekerden minder (niet-noodzakelijke) zorg gebruiken, wat leidt tot meer passende zorg en daarmee 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 en zou dat in 2023 naar verwachting 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 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.

#### *c. Indexatie van het verplicht eigen risico*

Het verplicht eigen risico wordt in beginsel jaarlijks geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten. In het coalitieakkoord 'Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst' is aangegeven dat het kabinet het eigen risico in de Zvw slimmer zal vormgeven en betaalbaarder zal maken. Door het verplicht eigen risico voor de jaren 2023 tot en met 2025 op € 385 per jaar vast te zetten<sup>7</sup>, is er voor de betaalbaarheid al een belangrijke stap gezet. Hiermee is voorkomen dat het verplicht eigen risico de komende jaren zou zijn gestegen, op basis van de huidige inzichten, tot ongeveer € 450 per volwassen verzekerde in 2025. De bevrozing vergroot (in beperkte mate)

---

<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.

<sup>7</sup> Stb. 2022, 327.

het beroep op de risicosolidariteit tussen “gezonde” verzekerden die geen of weinig zorgkosten hebben en “zieken” verzekerden die jaarlijks het volledige verplicht eigen risico betalen, terwijl het instrument van het eigen risico in stand kan worden gehouden. Vanaf 2026 zal de indexering van het verplicht eigen risico weer plaatsvinden, tenzij een volgende regering besluit het verplicht eigen risico opnieuw niet (of anders) te indexeren.

### 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 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, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren 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 in de medisch-specialistische zorg 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, wordt het eigen risico ook vaker later in het jaar nog aangesproken. 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 met een verlaagd maximumbedrag van € 150 per prestatie. In de brief van 19 januari 2023<sup>8</sup> is de Tweede Kamer reeds geïnformeerd over de hoofdlijnen van de wijze waarop dit in deze wijziging van het Besluit zorgverzekering 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, dan 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 zal op dezelfde wijze gebeuren 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 declarabele prestaties voor medisch-specialistische zorg, dus zowel op diagnose-behandelcombinaties (dbc's) als overige zorgproducten (ozp's).<sup>9</sup> Het bedrag is echter niet van toepassing op medisch-specialistische zorg die

<sup>8</sup> Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr, 1178

<sup>9</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 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.

wordt geleverd in het kader van geestelijke geneeskundige zorg, zoals door een psychiater.

- De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. In de situatie dat de behandeling daarna doorloopt zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend.
- Deze wijziging van het Besluit zorgverzekering introduceert geen maximum bedrag van € 150 in andere sectoren van de curatieve zorg onder de Zvw.
- 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.

**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 kost € 500. Er wordt geen vervolg-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 (indien deze niet langer dan 120 dagen duurt) 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 wordt 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, waarna ze geen financiële prikkel meer ervaren om bewust te zijn in hun gebruik van zorg en na te denken of een behandeling (op het gegeven moment) passend en nodig is. Daarnaast ligt het jaarlijks gemiddeld aantal prestaties medisch-specialistische zorg dat per verzekerde gedeclareerd wordt relatief laag. Hierdoor zullen verzekerden bij een maximumbedrag van € 150 per prestatie minder snel en minder vaak hun gehele eigen risico volmaken en daardoor langer kostenbewust zijn.

In andere sectoren worden voor de geleverde zorg vaak meerdere, maar relatief goedkopere prestaties gedeclareerd, waardoor een maximumbedrag van € 150 per prestatie weinig effect zal sorteren. Dat geldt ook voor de ggz waarin vanaf 1 januari 2022 wordt gewerkt met het zogenaamde zorgprestatiemodel. De ggz werd voorheen bekostigd via dbc's en aan de hand van

patiëntprofielen. De bekostiging ging daarbij vooral uit van zorgtrajecten, bestaande uit verschillende zorgactiviteiten over een langere periode. Met de invoering van het zorgprestatiemodel is de bekostiging in de ggz geüniformeerd en vindt de bekostiging plaats met 'kleinere' prestaties (per dag). Een eventuele invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de ggz zou daardoor niet hetzelfde effect sorteren als in de medisch-specialistische zorg het geval is waar wél met dbc's wordt gewerkt. Met deze wijziging van het Besluit zorgverzekering is daarom per 1 januari 2025 een maximumbedrag per prestatie geïntroduceerd voor alleen de medisch-specialistische zorg. Om te voorkomen dat de maatregel ook zou gelden voor (een deel) van de ggz, is in artikel 2.17a, tweede lid Bzv geregeld dat het maximumbedrag van € 150 niet van toepassing is op door psychiaters (een medisch-specialist) of klinisch-psychologen geleverde geneeskundige zorg. Ook in het geval zij medisch-specialistische zorg verlenen, is artikel 2.17a, eerste lid, Bzv daarmee niet van toepassing op die zorg.

Zoals in de brief aan de Tweede Kamer van 19 januari 2023 aangegeven<sup>10</sup>, wordt op dit moment verkend of en op welke manier deze maatregel ook meerwaarde kan hebben in andere sectoren van de curatieve zorg. Met een nieuwe wijziging van het Besluit zorgverzekering kan later zo nodig een maximumbedrag in andere sectoren worden ingevoerd.

#### *d. Aard en hoogte van het bedrag*

Vanaf 2025 zullen verzekerden maximaal € 150 per prestatie aan medisch-specialistische zorg betalen. 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 vallen onder meer aanvullingen op de dbc's (deze worden add-ons ongenoemd) voor IC-dagen, dure geneesmiddelen of voor een tarief voor eerstelijnsdiagnostiek. 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 en 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 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, dan wordt het lagere tarief in rekening gebracht in plaats van de € 150.

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

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

---

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

Eerstgenoemd scenario (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 Nederlandse Zorgautoriteit (hierna 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>11</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*

---

<sup>11</sup> Verzekerden die in een kalenderjaar een of twee dbc's nodig hebben zijn nu het gehele verplichte eigen risico kwijt, en straks (meestal) € 150 of € 300.

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. 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 en daarnaast leidt het vrijwillig eigen risico tot meer kostenbewustzijn en een remgeldeffect. 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 van het vrijwillig eigen risico. In het kader van deze werking wordt opgemerkt dat in april 2022 de motie van het lid Paulusma<sup>12</sup> c.s. is aangenomen die verzoekt om onderzoek te doen naar de vraag in hoeverre het vrijwillig eigen risico tot kruissubsidiëring leidt.

*P.M.: De Kamer zal in het voorjaar 2023 geïnformeerd worden over de resultaten van het onderzoek dat naar aanleiding van deze motie momenteel wordt uitgevoerd door Equalis.*

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 (art. 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 Besluit zorgverzekeringen kunnen deze meerkosten immers niet ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht.

**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 factuur dermatoloog).
  - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen € 800: € 300 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

<sup>12</sup> Kamerstuk 35872, nummer 13.

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>13</sup> Dit zou de mogelijkheid om het vrijwillig eigen risico aan te bieden met een korting op de nominale premie beperken. Een ander alternatief zou zijn om ook voor het vrijwillig eigen risico tranches te gaan hanteren, in plaats van dat de meerkosten van de prestatie volledig voor het vrijwillig eigen risico in rekening te brengen. Ook hiermee wordt de mogelijkheid beperkt om het vrijwillig eigen risico aan te bieden met een korting op de nominale premie. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico zouden met dit alternatief waarschijnlijk hun vrijwillig eigen risico eveneens weinig 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

De hoogte 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 zal worden 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, maar 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>

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).

<sup>13</sup> Centraal Planbureau, 2016, 'Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico'.



Deze budgettaire effecten zijn met aanvullende informatie van het Zorginstituut Nederland berekend. De budgettaire effecten zijn ten opzichte van de budgettaire bijlage bij het coalitieakkoord 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, zullen mensen gemiddeld minder eigen risico hoeven te betalen. 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 zullen 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 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 zullen door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling langer worden gestimuleerd om na te denken of een beoogde behandeling (op het gegeven moment) 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.

Het gedragseffect (€ 317 miljoen) is gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB), die dit effect heeft berekend met behulp van een microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.<sup>14</sup> Dit model wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in Kaart 2020<sup>15</sup>, 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.

## 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 zullen

---

<sup>14</sup> Centraal Planbureau, 2020, 'Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg'.

<sup>15</sup> Centraal Planbureau, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Financiën, 2020, 'Zorgkeuzes in Kaart'.

mensen *na* een eerste onderzoek of behandeling langer worden gestimuleerd om na te denken of een beoogde behandeling passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel en minder vaak hun volledige verplicht eigen risico volmaken. 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, zullen weinig merken 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 dat 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 naar het ziekenhuis moeten. Uit de berekening beschreven in paragraaf 4a blijkt dat circa 1 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld € 100 minder aan verplicht eigen risico zullen betalen.

Mensen met hoge zorgkosten – dit kan ook buiten de medisch-specialistische zorg zijn – zullen vanwege hun hoge zorggebruik waarschijnlijk alsnog hun eigen risico volmaken. Zij blijven net als in de huidige systematiek maximaal € 385 verplicht eigen risico betalen op jaarbasis. Het kabinet heeft ten aanzien van deze groep enkele 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, en de maximering van de bijdrage van het geneesmiddelenvergoedingssysteem in 2023. Daarnaast wordt een monitor opgezet om meer inzicht te krijgen in de mate van stapeling van eigen betalingen over de verschillende domeinen heen.<sup>16</sup> Overigens gaat er na de wijziging van het eigen risico niemand méér eigen risico betalen, omdat het maximale eigen risico € 385 blijft.

#### *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 patiënt. Te veel verschillende regels en uitzonderingen kunnen ten koste gaan van de duidelijkheid en begrijpelijkheid voor de patiënt, 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 toe te passen. Daarnaast maakt een vast bedrag van € 150 per prestatie de hoogte van het eigen risico in eerste instantie voorspelbaarder voor verzekerden.

De wijziging van het eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde. Voor mensen die (tijdelijk) zijn beperkt in hun 'doenvermogen', kan worden opgemerkt dat de zorgverzekeraar zorgt voor een zorgvuldige berekening van het eigen risico, zonder dat men daarvoor zelf actie hoeft te ondernemen (afgezien van de betaling zelf). Desondanks verandert de vormgeving van het eigen risico. Daardoor zullen mensen moeten ontdekken hoe het nieuwe eigen risico werkt, en in sommige gevallen ook willen checken hoeveel dbc's of ozp's voor hen in een kalenderjaar zijn ingezet. Het is daarom belangrijk te investeren in een goede informatievoorziening voor verzekerden, die goed aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen. In de Kamerbrief van 19 januari is aangekondigd dat gedurende 2024 een actieve voorlichtingscampagne plaats zal gaan vinden.

#### *c. Inkomenseffecten burgers*

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

- Nominale premie:

---

<sup>16</sup> Kamerstukken 2022/23, 29689, nr. 1176.

- Zorgverzekeraars zullen jaarlijks € 118 miljoen minder ontvangen 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 jaar.
- Echter, de maatregel leidt ook tot een remgeldeffect. Dit effect heeft – vanwege de zogeheten 50/50-verdeling<sup>17</sup> – een dempend effect op zowel de inkomensafhankelijke bijdrage als op de nominale premie van ongeveer € 10 per jaar.
- Per saldo gaat het derhalve om een lagere nominale premie van (€ 10 – € 8 =) € 2 per jaar.
- Verplicht eigen risico:
  - Verzekerden zullen jaarlijks € 118 miljoen minder verplicht eigen risico betalen. Dat is gemiddeld € 8 per verzekerde van 18 jaar of ouder.
  - Het gemiddelde van € 8 gaat uit van alle verzekerden van 18 jaar of ouder samen. Toegesplitst op verzekerden die gebruik maken van medisch-specialistische zorg is dit bedrag een stuk hoger: ongeveer 1 miljoen verzekerden zullen gemiddeld € 100 minder verplicht eigen risico gaan betalen.
- 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>18</sup>
  - Zoals beschreven onder 'Nominale premie' zal de nominale premie dalen met € 2 per verzekerde per jaar en het gemiddelde eigen risico met € 8 per jaar. Hierdoor zal ook de standaardpremie en de zorgtoeslag met € 10 omlaag gaan.
  - 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.

Tabel 2. De inkomenseffecten van de wijziging van het Besluit zorgverzekering 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 geen zorgtoeslag	€ 0	+ € 2	€ 0	<b>+ € 2</b>

<sup>17</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 gegeneerd via de inkomensafhankelijke bijdrage als via de nominale premie, de eigen betalingen en de rijksbijdrage kinderen samen; de zogenaamde 50/50-verdeling.

<sup>18</sup> Artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag

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>

Tabel 3. Overzicht van de gemiddelde verwachte inkomenseffecten per jaar (- is een negatief inkomenseffect, + is een positief inkomenseffect):

Type verzekerde	2025	2026	2027
Gemiddeld verplicht eigen risico en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	€ 0	€ 0
Gemiddeld verplicht eigen risico en ontvangt <i>geen</i> zorgtoeslag	+ € 10	+ € 10	+ € 10
Geen zorggebruik dat onder het verplicht eigen risico valt en zorgtoeslag	- € 8	- € 8	- € 8
Geen zorggebruik dat onder het verplicht eigen risico en geen zorgtoeslag	+ € 2	+ € 2	+ € 2
Ontvangt medisch-specialistische zorg, blijft onder de € 385 en ontvangt zorgtoeslag	+ € 92	+ € 92	+ € 92
Ontvangt medisch-specialistische zorg, blijft onder de € 385 en ontvangt <i>geen</i> zorgtoeslag	+ € 102	+ € 102	+ € 102

## 6. Uitvoering, regeldruk en fraude

### a. Burgers

De maatregel heeft, behoudens eenmalige kennisnemingskosten, geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers. 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 zullen eenmalig kennisnemen 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 zullen aanzienlijk afnemen 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, zal ingezet worden op goede een informatiecampagne en -voorziening.

### 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, hoeft er geen aparte declaratiestroom in het leven te worden geroepen. Maar zorgverzekeraars moeten wel hun administratie anders gaan inrichten, opdat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in 'tranches' kan worden 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 voor zover een verzekerde daarvoor gekozen heeft. Naar verwachting zullen zorgverzekeraars meer rekeningen naar hun verzekerden moeten sturen, 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, zullen de uitvoeringslasten beperkt toenemen. Ook het verwerken van correcties op een declaratie door een zorgaanbieder, is complexer wanneer men ook een vrijwillig eigen risico heeft dat in de nieuwe situatie sneller wordt aangesproken. Eventuele invorderingswerkzaamheden van zorgverzekeraars kunnen mogelijk ook enigszins toenemen. Dat is op voorhand niet zeker, omdat de rekeningen zelf lager zullen 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. Het kabinet acht de toegevoegde waarde van de maatregel in passende verhouding tot bovengenoemde uitvoeringslasten.

*P.M.: Bijlage 1 bevat een eerste maar nog niet complete berekening van de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is gevraagd om een preciezere inschatting te maken van extra verrichtingen en de kosten die bij de maatregel komen kijken. Deze inschatting wordt na afloop van de internetconsultatie toegevoegd aan deze nota.*

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 zijn of haar zorgverzekeraar voor advies over de dbc-systematiek en het verrekenende eigen risico. Dit kost € 1,4 miljoen, maar deze kosten zullen aanzienlijk afnemen 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, zal ingezet worden op een uitgebreide informatiecampagne en -voorziening.

#### *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 van het eigen risico versturen en er voor de meeste mensen op dat moment pas aanleiding ontstaat voor eventuele vragen. Om het begrip van de maatregel te vergroten en daarmee de vragen voor zorgaanbieders en -verzekeraars te verkleinen, zal een informatiecampagne worden opgezet in 2024.

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 zullen naar verwachting echter aanzienlijk afnemen 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, zal ingezet worden op een uitgebreide informatiecampagne en -voorziening.

#### *d. Belastingdienst/toeslagen*

Zoals in het voorgaande is aangegeven, zal 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, RvdR en RvdRb*

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 waar beide partijen aan gehouden zijn. Het doel van alternatieve geschillenbeslechting is de rechterlijke macht te 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>19</sup> Aannemelijk is dat het aantal klachten/geschillen dat door de rechterlijke macht is behandeld nog kleiner is. De SKGZ geeft aan dat met name 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 zal – 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. Er is daarom voor gekozen om geen uitvoeringstoets te vragen aan de Raad voor de Rechtspraak (RvdR) en de Raad voor de Rechtsbijstand (RvB) ten aanzien van voorliggende wijziging in het eigen risico.

## 7. Gegevensbescherming

Er is geen 'Data Protection Impact Assessment' uitgevoerd, omdat deze wijziging van het Besluit zorgverzekering niet leidt tot een verandering in de aard of de soort gegevens dat wordt 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 hun socialezekerheidsstelsel, inclusief de inrichting van de sociale ziektekostenverzekeringen, naar eigen inzicht vorm te geven. Het Nederlandse zorgverzekeringstelsel 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 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' 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

---

<sup>19</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)

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 de 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*

Het wetsvoorstel 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. 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>20</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>21</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 informatiecampagne om ervoor te zorgen dat de wijziging voor de patiënt begrijpelijk is
- Wat betekent de wijziging voor de uitvoering van zorgverzekeraars? In het bijzonder voor de manier waarop de hervorming van het verplicht eigen risico doorwerkt naar het vrijwillig eigen risico vergt extra aanpassingen in de ICT-systemen van zorgverzekeraars.

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

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

- 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 de vorige hoofdstukken van deze toelichting en in hoofdstuk 10 hierna wordt daarom op deze onderwerpen ingegaan.

#### *b. Internetconsultatie*

*P.M. Dit hoofdstuk zal een weergave bieden van de consultatie van de wijziging van het Besluit zorgverzekering die zal plaatsvinden.*

### 10. Communicatie en invoering

Deze wijziging van het Besluit zorgverzekering treedt op 1 januari 2025 in werking.

In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding zal een gerichte communicatiecampagne plaatsvinden om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Bij de totstandkoming zullen verschillende doelgroepen worden betrokken, zodat de uitingen begrijpelijk zijn en zoveel mogelijk mensen bereiken.

## **II. Artikelsgewijs**

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

*artikel 2.17a, eerste lid Bzv*

Het eerste lid bepaalt 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. 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 eerst 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 als in die tranche te worden betaald. 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.

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 vooralsnog niet voor de kosten van medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. 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,

**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 zullen 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	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 zal alsnog (snel) het gehele eigen risico volmaken 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 zal maken en daarom enkel globaal kennis zal nemen 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 zullen zich nader verdiepen 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 zal verdiepen 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 zal opnemen met zijn of haar zorgverzekeraar of -aanbieder.</p>

vormgeving van het verplicht eigen risico en met de dbc-declaratiesystematiek.							
<p>Een deel van de mensen die een vrijwillig eigen risico heeft of overweegt zal ook mogelijk medisch-specialistische zorg nodig hebben. 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.</p> <p>Dit zijn eenmalige handelingen.</p>	<p>Kennisneming / zich op de hoogte stellen van de verplichting</p> <p>Complexe moeilijkheidsgraad</p>	20	15	95.000	1	0,5	<p>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).</p>
<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 zullen vragen krijgen van patiënten over de dbc-systematiek en hoogte van het verrekende eigen risico.</p> <p>Deze handeling (en de bijbehorende omvang van de kosten) zal afnemen 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 euro 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 zullen vragen krijgen van patiënten over de dbc-systematiek en hoogte van het verrekende eigen risico.  Deze handeling (en de bijbehorende omvang van de kosten) zal afnemen 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 euro 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 zullen de ICT-wijzigingen op concernniveau plaatsvinden en/of zullen zorgverzekeraars binnen een concern samen optrekken 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	