



**Datum**

5 april 2023

**Uw referentie**

-

**Onze referentie**

-

**Behandeld door**

Gabrielle ten Broeke

T 06 45 06 13 76

g.tenbroeke@nvz-ziekenhuizen.nl

Overheid.nl | Consultatie Slimmere toepassing  
eigen risico in de medisch-specialistische zorg  
(internetconsultatie.nl)

1/3

**Onderwerp**

Reactie op internetconsultatie Slimmere toepassing eigen risico in de medisch specialistische zorg

Geachte heer, mevrouw,

Graag reageert de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) op de internetconsultatie *Slimmere toepassing eigen risico in de medisch specialistische zorg*. De vormgeving van het eigen risico is een onderwerp dat de NVZ met interesse volgt. In een ver verleden heeft de NVZ een plan gelanceerd voor een andere vormgeving van het eigen risico. Enige elementen van dit plan ziet de NVZ terug in uw plan *Slimmere toepassing eigen risico in de medisch specialistische zorg*. Voor de NVZ is het belangrijk dat veranderingen in het stelsel, waaronder aanpassing van het eigen risico, passen in het tijdsgewricht. Ook vindt de NVZ het belangrijk dat veranderingen in het stelsel leiden tot voordelen voor de patiënt c.q. verzekerde. De NVZ vraagt hier nadrukkelijk aandacht voor, aangezien dit nog niet duidelijk in het voorstel terugkomt.

De reactie van de NVZ gaat in op de volgende vragen:

1. Welk probleem lost het plan *Slimmere toepassing eigen risico op*?
2. Waarom verschilt de systematiek van verplicht en vrijwillig eigen risico?
3. Leidt dit voorstel inderdaad tot lagere zorgkosten?

Deze worden hierna achtereenvolgens behandeld.

**1. Welk probleem lost het plan Slimmere toepassing eigen risico op?**

De huidige systematiek van het eigen risico is de laatste jaren goed ingeregeld. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars krijgen steeds minder vragen over het eigen risico; patiënten en verzekerden zijn inmiddels aan de systematiek gewend. Door nu het eigen risico weer grondig te herzien, wordt deze relatieve rust verstoord en doet zich het risico op nieuwe problemen voor. Bovendien wordt de jaargrensproblematiek, het punt dat in de huidige systematiek tot veruit tot de meeste vragen leidt, in het voorstel niet opgelost.



2/3

Met een nieuw plan zou het eigen risico duidelijker moeten worden, maar de NVZ is er op voorhand nog niet van overtuigd dat dit doel bereikt wordt (zie ook hierna, punt 2). Door de introductie van een nieuwe systematiek van het eigen risico in de medisch specialistische zorg worden zorgverzekeraars en ziekenhuizen (opnieuw) geconfronteerd met administratieve lasten. Immers, vooral bij zorgverzekeraars zullen systemen moeten worden aangepast. Patiënten zullen ziekenhuizen en zorgverzekeraars veel vragen stellen over de verrekening van het eigen risico. Een nadere impactanalyse lijkt aangewezen. Complicerende factor is dat de nieuwe systematiek voorlopig alleen zal gelden voor de medisch-specialistische zorg. Nader verkend zal moeten worden of dat in de praktijk uitvoerbaar is.

### **2. Waarom verschilt de systematiek van verplicht en vrijwillig eigen risico?**

In het voorstel is er een verschil in de systematiek van het verplicht eigen risico (tot € 385) en het vrijwillig eigen risico. In het voorstel geldt voor het verplicht eigen risico een betaling van maximaal € 150 voor dbc- en ozp-prestaties in de medisch-specialistische zorg. Dit max tarief is niet van toepassing op het vrijwillig eigen risico. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico betalen het restant van de factuur van hun vrijwillig eigen risico. Het is de NVZ niet duidelijk waarom het argument van het langere kostenbewustzijn wel zou gelden voor het verplicht eigen risico en niet voor het vrijwillig eigen risico. Daar komt bij dat over zowel dbc's als ozp's apart eigen risico betaald moet worden. Hierdoor kan het voorkomen dat een verzekerde meerdere keren eigen risico betaalt voor één ziekenhuisbezoek of opname. Ook dit is vanuit het perspectief van de patiënt c.q. verzekerde lastig uit te leggen. Wij vragen hiervoor aandacht bij de nadere uitwerking, mede om te voorkomen dat dit tot onduidelijkheden en vragen van patiënten en verzekerden leidt die in de praktijk veelal terecht zullen komen bij zorgverzekeraars en ziekenhuizen.

### **3. Leidt dit voorstel inderdaad tot lagere zorgkosten?**

De maatregel zou per saldo leiden tot lagere zorgkosten van circa € 200 miljoen per jaar vanaf 2025; enerzijds een derving van ongeveer € 118 miljoen aan eigen-risico opbrengst en anderzijds een stijging van het remgeldeffect van ongeveer € 317 miljoen. Het remgeldeffect is berekend door het CPB met een model voor het eigen risico. We hebben deze berekening en gehanteerde uitgangspunten echter niet kunnen inzien. De voetnoot bij de Kamerbrief van 19 januari 2023 over *Hoofddlijnen slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg* verwijst naar een document van het CPB uit 2015. Voor ons is niet duidelijk of de doorrekening waarnaar verwezen wordt 1-op-1 toepasbaar is op het huidige voorstel. Het zou goed zijn dat nader te expliciteren.



De NVZ heeft vraagtekens of dit voorstel daadwerkelijk tot een besparing gaat leiden. Er is zelfs het risico dat dit voorstel de verzekerde meer geld gaat kosten. Immers, het ministerie van VWS heeft de bezuiniging die dit plan moet opleveren reeds ingeboekt in de begroting. Als deze niet wordt gehaald, is er een reële kans dat zorgverzekeraars dit gat moeten dichten door hun premie te verhogen.

### Conclusie

Het voorstel voor *Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg* behoeft op een aantal punten nog nadere doordenking, met name rond de praktische uitvoerbaarheid. De huidige systematiek kent weliswaar een aantal beperkingen, maar de vraag is of het op dit moment noodzakelijk en opportuun is om het systeem aan te passen. Dat geldt te meer nu de huidige systematiek van het eigen risico redelijk goed bekend is bij patiënten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

3/3

Met vriendelijke groet,



Veronique Esman  
directeur