

Nota van toelichting

Inhoudsopgave

deel I. Algemeen deel	p. 1
h1. Inleiding	p. 1
h2. Achtergrond, werking en doelstelling van het eigen risico	p. 2
h3. Inhoud van het besluit	p. 3
h4. Budgettaire gevolgen	p. 7
h5. Gevolgen voor verzekerden	p. 8
h6. Uitvoering, regeldruk en fraude	p. 9
h7. Gegevensbescherming	p. 11
h8. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 11
h9. Consultatie	p. 12
h10. Communicatie en invoering	p. 12
deel II. Artikelsgewijze toelichting	p. 13

I. Algemeen deel

1. Inleiding

In het hoofdlijnenakkoord 2024–2028 'HOOP, LEF EN TROTS'¹ hebben de PVV, VVD, NSC en BBB een pakket van maatregelen aangekondigd waarmee het verplicht eigen risico in de zorgverzekering wordt gewijzigd. In het hoofdlijnenakkoord staat hierover het volgende:

"Het kabinet wil het verplicht eigen risico in 2027 meer dan halveren, namelijk tot het niveau van € 165, om zo een mogelijke financiële drempel voor zorg te verlagen voor mensen die zorg nodig hebben, zoals langdurig en chronisch zieken.^{2,3} Ook wil het kabinet het verplicht eigen risico per 2027 trancheren op een bedrag van maximaal € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg.⁴ In de tussenliggende jaren 2025 en 2026 wordt de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op een bedrag van € 385. Ten slotte wordt er voor deze tussenliggende jaren € 2,5 miljard ingezet voor lastenverlichting aan burgers en wil het kabinet burgers compenseren voor de zorgpremie, die als gevolg van de maatregelen vanaf 2027 zal stijgen, via een verlaging van de inkomstenbelasting en voor bedrijven via de premie van het Arbeidsongeschiktheidsfonds (AOF)."

Het basispakket van de zorgverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) kent een brede dekking tegen kosten voor geneeskundige zorg (verder ook 'curatieve zorg' genoemd). Via het eigen risico wordt daarbij een beperkt deel van de kosten nadrukkelijk bij de gebruiker van de zorg gelegd. Het eigen risico draagt zowel bij aan de financiering van de curatieve zorg als aan het kostenbewustzijn van verzekerden, waardoor mensen langer nadenken of een beoogde behandeling nodig is en of de behandeling of het onderzoek ook op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor gebruiken sommige verzekerden minder zorg, wat leidt tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies. Dit wordt het remgeldeffect genoemd. Het eigen risico draagt daarmee bij aan het betaalbaar houden van de zorg.

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

² Hoofdstuk 6 van bijlage 'Hoofdlijnenakkoord, HOOP, LEF EN TROTS' bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

³ 'Budgettaire bijlage hoofdlijnenakkoord', bijlage bij Kamerstukken II, 2023/24, 36471, nr. 37.

⁴ Behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

Echter, het verplicht eigen risico kan als een te hoge financiële drempel ervaren worden door mensen die zorg nodig hebben, zeker als ze financieel gezien moeite hebben met rondkomen. Het kabinet zoekt daarom naar een andere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid, met als doel gelijkwaardigere toegang tot zorg voor iedereen. Dit kabinet wil daarom het verplicht eigen risico in 2027 meer dan halveren, namelijk tot het bedrag van € 165.

Het verplicht eigen risico werkt momenteel echter niet optimaal in het geval dat een verzekerde (al vroeg in het jaar) medisch-specialistische zorg heeft ontvangen, omdat hij daardoor vaak direct het volledige verplicht eigen risico vol maakt. Vanaf dat moment draagt het verplicht eigen risico niet meer bij aan zijn kostenbewustzijn. Met deze wijziging van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) wordt het verplicht eigen risico vanaf 2027 daarom getrancheerd. Er geldt een maximumbedrag van € 50 per behandelprestatie voor medisch-specialistische zorg. Daardoor hoeven mensen minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico te betalen als de kosten voor medisch-specialistische zorg € 165⁵ of meer bedragen. In plaats daarvan betalen zij een bedrag per prestatie van € 50 of, voor zover dat bedrag lager is, tot de hoogte van het tarief voor de geleverde zorg. De tranchering verlengt op deze manier het remgeldeffect van het eigen risico.

De andere in het hoofdlijnenakkoord genoemde maatregelen, de bevroering van het verplicht eigen risico in 2026⁶ en het verlagen van het verplicht eigen risico in 2027 naar € 165, zijn of worden vastgelegd in de Zorgverzekeringswet. De effecten van de tranchering en de verlaging van het verplicht eigen risico zijn sterk afhankelijk van elkaar. Daarom gaat deze toelichting er van uit dat het verplicht eigen risico in 2027 € 165 bedraagt.

2. Achtergrond, werking en doelstelling van het eigen risico

Een verzekerde die zorg vergoed krijgt vanuit zijn zorgverzekering kan te maken krijgen met eigen bijdragen voor die zorgkosten. Die eigen bijdragen kunnen onder andere bestaan uit bijbetalingen voor geneesmiddelen vanuit het geneesmiddelenvergoedingssysteem of uit bijdragen voor hulpmiddelen. De meest voorkomende eigen bijdrage, is het (verplicht) eigen risico. De Zvw kent sinds 2008 het verplicht eigen risico. Personen jonger dan 18 jaar zijn uitgezonderd van het eigen risico. Ook zijn enkele specifieke zorgvormen uitgezonderd van het eigen risico.

Bovenop het verplicht eigen risico (€ 165 vanaf 2027) kan de verzekerde van 18 jaar of ouder kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Het vrijwillig eigen risico bedraagt € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500 per kalenderjaar. Een zorgverzekeraar bepaalt welke hoogtes van het vrijwillig eigen risico hij aanbiedt en geeft een korting op de nominale premie indien een verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico. Op dit moment wordt een vrijwillig eigen risico pas aangesproken nadat het bedrag van het verplicht eigen risico volledig is volgemaakt.

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. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers neer te leggen, wordt tevens beoogd om draagvlak te behouden voor de hoge mate van risicosolidariteit in de Zvw.
- *Kostenbewustzijn en remgeldeffect*: verzekerden worden zich bewuster van de kosten van zorg. Het eigen risico stimuleert mensen bewuster na te denken een beoogde behandeling nodig is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor gebruiken sommige verzekerden minder zorg, wat leidt tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies. Het eigen risico draagt daarmee bij aan het betaalbaar houden van de zorg.

Doordat het verplicht eigen risico leidt tot medefinanciering en kostenbewustzijn, heeft het verplicht eigen risico een belangrijk aandeel in de financiering van de zorg. In 2025 wordt naar

⁵ Het verplicht eigen risico wordt tot en met het jaar 2029 bevroren op € 165 per jaar.

⁶ Het bevroeren van het verplicht eigen risico op € 385 in 2025 is al geregeld. Stb. 2022, 327 en 347.

verwachting door zorgverzekeraars € 3,4 miljard aan verplicht eigen risico geïnd bij de zorggebruikers, op een totaal van € 67,4 miljard aan totale financiering.⁷

3. Inhoud van het besluit

a. Doelstelling besluit

De forse verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 vergroot de toegankelijkheid van de zorg en maakt deze gelijkwaardiger. Door tranchering van het verplicht eigen risico op € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg hoeven mensen minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico te betalen als de kosten voor medisch-specialistische zorg € 165 of meer bedragen. Hierdoor hebben circa 900.000 mensen minder uitgaven aan verplicht eigen risico.

Daarnaast wordt met dit besluit een nadeel van de eerdere vormgeving van het verplicht eigen risico aangepakt. Met de eerdere vormgeving van het verplicht eigen risico betaalde een verzekerde namelijk vaak het gehele verplicht eigen risico bij de eerste keer in een kalenderjaar dat hij medisch-specialistische zorg gebruikte. Dit had als nadeel dat deze verzekerden de rest van het jaar geen financiële prikkel meer hadden om bewust te zijn van hun zorggebruik. Met andere woorden: het remgeldeffect viel na de eerste medisch-specialistische behandeling en mogelijk al vroeg in het jaar geheel weg. Met dit besluit wordt dit nadeel geadresseerd. Doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt, kan het verplicht 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 vergroot het kostenbewustzijn voor het gebruik van dergelijke zorg. Tranchering van het eigen risico zorgt dus voor een effectievere toepassing van het eigen risico, want het remgeldeffect wordt verlengd zonder dat verzekerden meer eigen risico betalen.

Als toenemend kostenbewustzijn leidt tot een minder hoge zorgvraag van medisch niet-noodzakelijke zorg is dat een gewenst effect. Mocht er door de verlengde drempel afgezien worden van medisch noodzakelijke zorg, dan is dat vanzelfsprekend geen gewenst effect. Omdat de hoogte van het maximale eigen risico niet toeneemt, maar zelfs wordt verlaagd naar € 165, is de verwachting dat zo'n effect gering is.

b. Kernpunten besluit

Ingevolge dit besluit geldt dat de verzekerde voor iedere genoten prestatie aan medisch-specialistische zorg maximaal € 50 kwijt is aan verplicht eigen risico, totdat het totaal voor het kalenderjaar geldende maximum van € 165 is bereikt. Indien de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 50, wordt het lagere tarief in rekening gebracht. 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.⁸ De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna voortgezet wordt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw € 50 aan verplicht eigen risico worden berekend. Als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan € 50, dan kan de zorgverzekeraar het meerdere bedrag boven deze € 50 voor rekening van het vrijwillig eigen risico brengen, ook al is het totaalbedrag van het verplicht eigen risico (€ 165) nog niet bereikt.

c. Reikwijdte van het besluit

Dit besluit geldt voor de medisch-specialistische zorg. De reden hiervoor is dat in de medisch-specialistische zorg ruimte is voor verbetering van de effectiviteit van het verplicht eigen risico.

⁷ Kamerstukken II 2023/24 36600-XVI, nr. 2, p. 237.

⁸ 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.

Dat komt omdat de prijzen van prestaties in de medisch-specialistische zorg relatief hoog liggen, waardoor verzekerden met de oude vormgeving van het eigen risico met één ziekenhuisbehandeling vaak direct hun gehele verplicht eigen risico vol maakten. Daarnaast ligt het gemiddeld aantal prestaties van medisch-specialistische zorg dat jaarlijks per verzekerde gedeclareerd wordt relatief laag. Hierdoor zullen verzekerden bij een maximumbedrag van € 50 per prestatie in de medisch-specialistische zorg minder snel en minder vaak hun gehele verplicht eigen risico volmaken. Ze blijven daardoor langer kostenbewust. Daarmee wordt het doel van het besluit, namelijk het verlengen van het remgeldeffect, bereikt.

In dit besluit 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 en met toevoeging van door kaakchirurgen geleverde zorg.

Psychiaters bieden 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' aan en zijn daardoor medisch specialisten. De zorg die zij leveren zal echter door verzekerden als geestelijke gezondheidszorg beschouwd worden en valt niet onder de in deze amvb geregelde tranchering, tenzij het gaat om zorg die in het kader van een medisch-specialistische somatische behandeling wordt ingezet.⁹ Het werk van de specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (in de praktijk veelal kaakchirurg genoemd) wordt niet aangemerkt als 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De kaakchirurg is dus 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 deze zorg onder de tranchering van het eigen risico.

De Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB/REG-25610-02¹⁰) 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. Het gaat 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. Geriatrische revalidatiezorg (art. 2.5c, Bzv) wordt niet door of namens medisch-specialisten verleend, maar door specialisten ouderengeneeskundigen. Specialisten ouderengeneeskunde leveren geneeskundige zorg die valt onder de aanspraak 'zorg zoals huisartsen die plegen te bieden' en vindt plaats buiten een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum. Om die reden geldt de tranchering niet voor deze zorg.

Medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT) wordt, afhankelijk van de situatie, bekostigd vanuit de wijkverpleging of de medisch-specialistische zorg. De maatregel is alleen van toepassing indien de MSVT namens een medisch-specialist/ziekenhuis wordt gedeclareerd.¹¹ Deze prestaties vallen in dat geval onder de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.

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 tranchering van het eigen risico is op deze diensten van toepassing.

⁹ 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-25610-02) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatiemodel).

¹⁰ Genoemde beleidsregel is van toepassing in 2025.

¹¹ Als de MSVT als wijkverpleging wordt gedeclareerd geldt *geen* eigen risico, omdat wijkverpleging is uitgezonderd van het eigen risico.

d. Hoogte en toepassing van het maximumbedrag

Het eigen risico van maximaal € 50 per prestatie aan medisch-specialistische zorg 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 intensive care-dagen of voor 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.

Voorbeeld werking van maximaal bedrag € 50 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 heeft de verzekerde een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg die € 75 kost. De verzekerde heeft geen vrijwillig eigen risico.
- Oude systematiek (uitgaande van een verplicht eigen risico van € 165): De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 165 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 € 50 voor de behandeling bij de dermatoloog en € 75 voor de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Hij betaalt minder eigen risico (€ 125) en is bij vervolgzorg kostenbewuster omdat ook daar nog een betaling van het eigen risico wordt gevraagd.

De verrekening van het eigen risico is gekoppeld aan de declaratiesystematiek. Het eigen risico volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar. Het stapsgewijs volmaken van het verplicht eigen risico geldt voor alle rechtmatig gedeclareerde prestaties in de medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat elke keer dat een dbc of ozp (inclusief eventuele add-on) door de zorgaanbieder in rekening wordt gebracht als verzekerde zorg, het daarbij geldende tarief ten laste komt van het verplicht eigen risico. Indien de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 50, wordt het lagere tarief in rekening gebracht in plaats van de € 50. In dit besluit is deze systematiek gevolgd zodat het besluit zo min mogelijk investeringen in ICT vergt en zo min mogelijk impact heeft op bestaande administratieve processen van zorgverzekeraars.

Verschillende alternatieven zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of per zorgvraag zijn overwogen. Deze bleken qua uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid echter dermate belastend en complex dat de voordelen ervan niet opwogen tegen de nadelen. Daarnaast is ook een ander bedrag per prestatie overwogen. Met een bedrag van € 50 wordt echter het beoogde doel (het verlengen van het remgeldeffect) bereikt terwijl het remgeldeffect van de gehele maatregel nog opweegt tegen de derving van de opbrengsten vanuit het verplicht eigen risico.

e. Vrijwillig eigen risico

In de Zvw is geregeld dat kosten van zorg die zowel onder het verplicht als onder het vrijwillig eigen risico kunnen 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 volledig is volgemaakt.

Dit besluit leidt ertoe dat het totaalbedrag van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg in stappen van (maximaal) € 50 wordt volgemaakt. Als de kosten van een prestatie van medisch-specialistische zorg hoger zijn dan € 50, dan kunnen de meerkosten voor rekening van een vrijwillig eigen risico worden gebracht, ook al is het totaalbedrag aan verplicht eigen risico nog niet volgemaakt. Met deze vormgeving blijft de omvang van de medefinanciering en het remgeldeffect van het vrijwillig eigen risico naar verwachting vergelijkbaar aan de situatie voor de inwerkingtreding van de tranchering van het verplicht eigen risico.

Voorbeeld werking maximumbedrag van € 50 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.
- Oude systematiek (uitgaande van een verplicht eigen risico van € 165):
 - o De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van € 165 vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast wordt er € 335 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, namelijk € 165 (€ 500 - € 335)
 - o In totaal betaalt de verzekerde € 665 uit eigen middelen: € 165 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.
- Nieuwe systematiek:
 - o De verzekerde betaalt voor de eerste dbc € 50 aan verplicht eigen risico (€ 50 voor de dermatoloog) en het restant van de factuur van de dermatoloog, zijnde € 450 (€ 500 - € 50), aan vrijwillig eigen risico.
 - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw € 50 aan verplicht eigen risico. Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico, namelijk € 50 (€ 500 - € 450 van de factuur van de dermatoloog).
 - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen € 600: € 100 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

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.¹² Voor de jaren 2027 tot en met 2029 is de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op € 165 en is de jaarlijkse indexering uitgeschakeld. Vanaf 2030 wordt het verplicht eigen risico weer geïndexeerd. Indien de totale hoogte van het verplicht eigen risico stijgt, zal het maximumbedrag van € 50 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 wordt ingevolge dit besluit het maximumbedrag van € 50 vanaf 2030 ook geïndexeerd aan de hand van de stijging van de zorgkosten. Dit zal als uitgangspunt op dezelfde wijze gebeuren als de wijze waarop de hoogte van het eigen risico wordt geïndexeerd met afrondingen naar beneden op bedragen van € 5. Echter, omdat het om een lager bedrag gaat, wordt bij de indexering niet uitgegaan van het bedrag voor de tranchering zoals dat afgerond geldt, maar zoals dat berekend is voor afronding. Het opnieuw berekende bedrag wordt dan wel weer afgerond naar beneden op bedragen van € 5. Hiermee wordt bereikt dat het maximumbedrag per prestatie beter aansluit bij de indexatie van het bedrag van het eigen risico.

¹² In artikel 19 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

Voorbeeld indexatie van het maximumbedrag

Stel dat de zorguitgaven elk jaar met 5% stijgen.

Het maximumbedrag in 2030 wordt dan opnieuw € 50. Eerst wordt namelijk € 50 vermenigvuldigd met een indexatiecijfer van 1,05. Daarna wordt het bedrag naar beneden afgerond op bedragen van € 5. Dus: $€ 50 * 1,05 = € 52,50$. Dat is naar beneden afgerond op bedragen van € 5 opnieuw een maximumbedrag van € 50.

Het maximumbedrag in 2031 stijgt echter naar € 55. Eerst wordt namelijk € 52,50 vermenigvuldigd met een indexatiecijfer van 1,05. Daarna wordt het bedrag naar beneden afgerond op bedragen van € 5. Dus: $€ 52,50 * 1,05 = € 55,13$. Dat is naar beneden afgerond op bedragen van € 5 een maximumbedrag van € 55.

4. Budgettaire gevolgen

De macro budgettaire gevolgen van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico hangen met elkaar samen en interacteren met elkaar. Daarom worden de budgettaire gevolgen in deze toelichting gepresenteerd als totaaleffect van beide maatregelen. Hieronder worden tevens de macro budgettaire gevolgen op hoofdlijnen toegelicht. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel tot het verlagen van het verplicht eigen risico (Kamerstukken **PM**).

In onderstaande tabel staan de totale macro budgettaire effecten voor het uitgaven- en inkomstenkader. Het budgettaire effect onder het uitgavenkader bestaat uit twee delen: een derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico en hogere zorguitgaven. Door de verlaging en tranchering van het verplicht eigen risico gaan verzekerden minder verplicht eigen risico betalen. Hierdoor neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico af met € 2,006 miljard in 2027. Daarnaast is de financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik kleiner dan de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou zijn verlaagd en getrancheerd. De afname van het remgeldeffect zorgt voor een verwachte stijging van de zorguitgaven met € 2,100 miljard in 2027. In totaal nemen hierdoor de uitgaven onder het uitgavenkader toe met € 4,106 miljard in 2027.

De derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico en de hogere zorguitgaven leiden tot hogere zorgpremies. In de Zvw is vastgelegd dat de helft van de zorguitgaven wordt gefinancierd via de IAB en de andere helft via de nominale premie, het verplicht eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen.¹³ De derving van het eigen risico leidt tot een hogere nominale premie, de hogere zorguitgaven worden voor de helft via de IAB gefinancierd en voor de helft via de nominale premie en de rijksbijdrage voor kinderen. Per saldo stijgt de opbrengst uit de nominale premie met € 2,953 miljard in 2027. De IAB stijgt met € 1,048 miljard in 2027.

Een deel van de verzekerden ontvangt zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico. Doordat de nominale premie harder stijgt dan dat het gemiddelde verplicht eigen risico daalt, stijgen de uitgaven aan de zorgtoeslag met € 0,379 miljard in 2027. Per saldo zorgt de stijging van de nominale premie, de IAB en de zorgtoeslag voor een lastenverzwaring van € 3,622 miljard in 2027. Het kabinet compenseert burgers en bedrijven voor de per saldo stijging van de nominale premie en IAB, via een verlaging van de inkomstenbelasting (- € 2,941 miljard in 2027) en de AOF-premie (- € 0,681 miljard), zodat er per saldo geen lastenverzwaring plaatsvindt.

¹³ Zie 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.

Budgettaire gevolgen van het verlagen en trancheren van het eigen risico op het uitgaven- en inkomstenkader (in miljarden euro's)

	2027	2028	2029
Opbrengst eigen risico (+ is lagere opbrengst)	2,006	2,145	2,287
Collectieve uitgaven (remgeldeffect)	2,100	2,200	2,300
Effect uitgavenkader (+ is hogere netto uitgaven)	4,106	4,345	4,587
Nominale premie	2,953	3,138	3,327
IAB	1,048	1,092	1,137
Zorgtoeslag	-0,379	-0,397	-0,416
Effect inkomstenkader door verlaging en tranchering (+ is lastenverzwaring)	3,622	3,833	4,048
Verlaging inkomstenbelasting burgers	-2,941	-3,124	-3,308
Verlaging AOF bedrijven	-0,681	-0,710	-0,739
Effect inkomstenkader door compenserende lastenverlichting (- is lastenverlichting)	-3,622	-3,834	-4,047

5. Gevolgen voor verzekerden

De impact van dit besluit verschilt per persoon. Mensen die bijna geen zorg gebruiken en in een jaar niet naar het ziekenhuis hoeven, merken weinig van dit besluit. De mensen die wél naar het ziekenhuis gaan en daar jaarlijks één of enkele onderzoeken of behandelingen nodig hebben, profiteren mogelijk in vergelijking tot de oude systematiek doordat ze jaarlijks minder verplicht eigen risico betalen. Dat geldt in het geval dat ze in dat jaar niet ook andere zorg nodig hebben waarvoor het verplicht eigen risico geldt. Mensen met hoge zorgkosten – dit kan ook buiten de medisch-specialistische zorg zijn – maken vanwege hun hoge zorggebruik waarschijnlijk alsnog hun verplicht eigen risico vol. Zij blijven net als in de oude systematiek het maximaal verplicht eigen risico betalen op jaarbasis. Zij zullen wél door de andere maatregel, de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165, minder verplicht eigen risico gaan betalen. Niemand gaat dus méér verplicht eigen risico betalen door de tranchering van het verplicht eigen risico.

De wijziging van het eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde.

De zorgverzekeraar zorgt 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 nagaan hoeveel dbc's of ozp's voor hen in een kalenderjaar zijn gedeclareerd. Een goede informatievoorziening voor verzekerden, die goed aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, is daarom zeer belangrijk. In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding is er gerichte informatievoorziening geweest om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze is opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De financiële effecten voor burgers van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico hangen sterk elkaar samen en interacteren met elkaar. Daarom worden in deze toelichting de financiële effecten gepresenteerd als totaaleffect van beide maatregelen. Hieronder worden tevens de financiële effecten op hoofdlijnen toegelicht. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel tot het verlagen van het verplicht eigen risico (Kamerstukken **PM**).

De verwachte financiële effecten van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico voor de burger zijn als volgt:

- Verplicht eigen risico:
 - Het gemiddelde verplicht eigen risico, wat wordt berekend over alle volwassen verzekerden, daalt naar verwachting met € 135 in 2027.

- De daling van het verplicht eigen risico is voor verzekerden die het verplicht eigen risico volmaken nog groter. Als het kabinet namelijk geen maatregelen had genomen, was het verplicht eigen risico in 2027 naar verwachting gestegen naar € 415 per volwassen verzekerde. Door de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165, daalt het verplicht eigen risico voor verzekerden die het verplicht eigen risico volmaken met € 250.
- Nominale premie:
 - In de Zvw is vastgelegd dat de helft van de zorguitgaven wordt gefinancierd via de IAB en de andere helft via de nominale premie, het verplicht eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen. De nominale premie stijgt daarom zowel door de lagere opbrengst van het verplicht eigen risico als de verwachte stijging van de zorguitgaven. In 2027 stijgt de nominale premie met € 199.
- Zorgtoeslag:
 - Een deel van de verzekerden ontvangt zorgtoeslag als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico. Doordat de nominale premie meer stijgt (€ 199 in 2027) dan dat het gemiddelde verplicht eigen risico daalt (€ 135 in 2027), stijgt de zorgtoeslag met € 64 in 2027.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de financiële effecten per type verzekerde. Hierin wordt uitgegaan van de situatie in 2027 en zijn de effecten van het verplicht eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag meegenomen. Hieruit blijkt dat verzekerden die het verplicht eigen risico volledig volmaken het meeste profijt hebben bij het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico. Naar schatting maakt in 2027 circa 60% van de volwassen verzekerden het verplicht eigen risico vol. Zoals eerder toegelicht stijgt voor iedereen de nominale premie. Een deel van de verzekerden ontvangt een hogere zorgtoeslag. Verder compenseert het kabinet burgers voor de stijging van de nominale premie door een verlaging van de inkomstenbelasting (zie toelichting onder budgettaire gevolgen).

Financiële gevolgen burgers van verlagen en trancheren verplicht eigen risico in 2027 (+ = positief financieel effect)

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 250	- € 199	€ 64	€ 115
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 250	- € 199	€ 0	€ 51
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	- € 199	€ 64	- € 135
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	- € 199	€ 0	- € 199

6. Uitvoering, regeldruk en fraude

a. Burgers

Dit besluit heeft, behoudens kennismakingskosten, 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 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. De kennisneming van de nieuwe werking van het eigen risico kan voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico (of die een vrijwillig eigen risico overwegen) 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.

De regeldrukkosten voor burgers worden ingeschat op € 12,2 miljoen. Het gros van deze kosten is echter eenmalig: burgers nemen eenmalig kennis van de wijziging van het eigen risico (€ 11,3 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 € 0,9 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 dit besluit 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. Dit besluit 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 € 50) van een prestatie in de medisch-specialistische zorg toegerekend kunnen worden aan het vrijwillig eigen risico indien een verzekerde 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, vooral 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.

Bij de berekening van de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars is uitgegaan van de hierboven genoemde handelingen en de standaarden uit het handboek Meting Regeldrukkosten.¹⁴ De regeldrukkosten voor zorgverzekeraars zijn naar verwachting opgeteld € 4,2 miljoen. 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 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

¹⁴ ATR, 2023, Handboek Meting Regeldrukkosten.

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.

De regeldrukkosten voor zorgaanbieders om vragen te beantwoorden van burgers over de dbc-systematiek en de hoogte van het verrekenende eigen risico bedragen naar verwachting € 0,9 miljoen. 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. Dienst toeslagen

Dit besluit leidt via een verhoging van de standaardpremie tot een verhoging van de zorgtoeslag van € 64 per jaar in 2027. Aangezien de standaardpremie ieder jaar gewijzigd wordt, levert dit voor de Dienst toeslagen geen extra werk op.

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

PM

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 geven¹⁵. 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-richtlijn¹⁶ 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

¹⁵ Zie de artikelen 153 en 168 VWEU.

¹⁶ 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).

zorgverzekering dient. In hoofdstuk II van de Interpretatieve mededeling 'Vrij verrichten van diensten en algemeen belang in het verzekeringsbedrijf'¹⁷ 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.

Het verplicht eigen risico is 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 beleidsvrijheid van zorgverzekeraars bij het aanbieden of uitvoeren van het verplicht eigen risico neemt door dit besluit toe noch af. Daarmee gelden de in hierboven 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 Europees 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

PM

10. Communicatie en invoering

In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding is er gerichte informatievoorziening geweest om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze is 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.

¹⁷ PbEU 2000, C 43 (nr. 3, pp. 0005-0027).

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 € 50 onder het verplicht eigen risico vallen¹⁸, 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 de kalenderjaren 2027 – het eerste jaar waarin dit Besluit geldt – tot en met 2029 is het totaalbedrag aan verplicht eigen risico ingevolge artikel 19 Zvw € 165.

Indien voor een verzekerde in een kalenderjaar vier dbc's in rekening worden gebracht van ieder meer dan € 50, betaalt de verzekerde derhalve voor de eerste drie dbc's telkens € 50, en voor de vierde € 15.

Het komt voor dat een prestatie minder dan € 50 kost. Het gaat daarbij dan in de praktijk niet om dbc's, maar om "kleine" prestaties in de 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 2027 eerst een ozp van € 30 in rekening wordt gebracht en daarna drie dbc's van telkens meer dan € 50, betaalt de verzekerde eerst € 30, vervolgens € 50, dan nog eens € 50 en voor de derde 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.¹⁹ 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 € 50 ten laste van het verplicht eigen risico kan

¹⁸ 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.

¹⁹ Een ligdag op de intensive care (IC) is niet in de dbc in begrepen. Dan kan wel een tranche verplicht eigen risico in rekening worden gebracht.

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 (stel: 2027) 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 € 50 en aan vrijwillig eigen risico € 150, voor de neuroloog aan verplicht eigen risico € 50 en aan vrijwillig eigen risico € 350 en voor de kaakchirurg aan verplicht eigen risico € 50 en niets meer aan vrijwillig eigen risico (dit is reeds vol gemaakt).

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.²⁰ 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. Dit is geregeld in artikel 19, tweede en derde lid, van de Zvw. Hierin is geregeld 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. In het derde lid is, in aanvulling op de regels van de Zvw, opgenomen dat bij de indexatie de afronding buiten beschouwing wordt gelaten. Dit wil zeggen dat de indexatie plaatsvindt op basis van het bedrag zoals dat voor de afronding is berekend en dat het daarna wordt afgerond voor het nieuwe jaar. Ook op grond van artikel 3.3.1.7 van het Besluit langdurige zorg en artikel 2.1.4b van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 wordt de indexatie berekend op het niet-afgeronde bedrag. Ook artikel 19, zevende lid, van de Zvw is van overeenkomstige toepassing. In dit lid van de Zvw wordt de bevestiging van het eigen risico geregeld. Door dit lid van overeenkomstige toepassing te verklaren, wordt geregeld dat ook het maximumbedrag per prestatie tot en met 2029 niet wordt geïndexeerd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

²⁰ 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-25610-02) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatiemodel).