

# Beleidskompasformulier voor internetconsultatie

## Titel:

(Vul hier de publicatietitel van de internetconsultatie in)

Tranchering verplicht eigen risico in medisch-specialistische zorg vanaf 2027

## ∞ Wie zijn belanghebbenden en waarom?

### Hulpvragen

- Wie zijn direct of indirect belanghebbenden bij het betreffende vraagstuk?

- Burgers. Met name verzekerden die gebruik maken van medisch-specialistische zorg. Zij zullen door de maatregel mogelijk een lager bedrag aan eigen risico betalen.
- Zorgverzekeraars. Zij innen het eigen risico en zullen hun verzekerden uitleg geven over het eigen risico. Verzekeraars moeten ook hun ICT-systemen en informatievoorziening aanpassen voor de nieuwe systematiek.
- Zorgaanbieders. Zorgaanbieders zullen mogelijk vragen krijgen van patiënten over hoeveel eigen risico een behandeling kost.
- Gemeenten: Veel gemeenten bieden een tegemoetkoming voor het eigen risico of betalen mee met de gemeentepolis waarin het eigen risico vaak is herverzekerd.

- Wie beschikken er over relevante kennis over en ervaring met het vraagstuk?

- Belangenorganisaties van verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders.
- De Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en het Centraal Planbureau
- Onderzoekers van universiteiten en onderzoeksbureaus.

- Op welke wijze zijn belanghebbenden tot nu toe in de verschillende fasen van het beleidstraject betrokken?

- Ter voorbereiding van het voorstel zal gesproken worden met belangen- en uitvoeringsorganisaties, zoals Zorgverzekeraars Nederland, de Consumentenbond, Patiëntenfederatie, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Deze gesprekken moeten deels nog plaatsvinden en worden momenteel ingepland.

# 1. Wat is het probleem?

## Hulpvragen

a) Wat is het probleem?

Kostenbewustzijn en medefinanciering zijn twee doelen van het eigen risico. Het eigen risico stimuleert mensen bewuster na te denken of het gebruik van een behandeling medisch noodzakelijk 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. Kostenbewustzijn kan leiden tot zowel gewenste als ongewenste zorgmijding en kan daarmee bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg. Medefinanciering houdt in dat mensen die gebruik maken van zorg zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten betalen via het eigen risico. Deze medefinanciering zorgt ervoor dat er voor iedereen een lagere nominale premie kan worden gevraagd. 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.

Er is echter ruimte voor verbetering van de effectiviteit van het eigen risico als instrument om verzekerden kostenbewust te maken. Als verzekerden in het begin van het jaar al na een eerste bezoek aan de medisch specialistische zorg direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren om bewust te zijn van hun gebruik van zorg en na te denken of een behandeling nodig is. Kortom: het remgeldeffect valt na één dure behandeling en mogelijk al vroeg in het jaar geheel weg.

In het Hoofdlijnenakkoord 2024 – 2028 HOOP, LEF en TROTS is daarom opgenomen dat het eigen risico voor de medisch specialistische zorg per 2027 wordt getrancheerd naar € 50,-. Dat betekent dat bij elke factuur medische specialistische zorg € 50,- eigen risico in rekening wordt gebracht tot een maximum van € 165,-. Deze maatregel maakt het instrument eigen risico effectiever, omdat het remgeldeffect langer werkt, maar mensen niet meer eigen risico hoeven te betalen. Het effectiever maken van het eigen risico als instrument is belangrijk omdat de zorgkosten hard stijgen.

In de andere sectoren, waar behandelingen uit relatief veel prestaties bestaan, zoals in de geestelijke gezondheidszorg, zullen mensen naar verwachting ook bij een getrancheerd eigen risico alsnog het verplicht eigen risico snel vol maken. Tranchering leidt daardoor niet of in mindere mate tot de beoogde doelen.

b) Wat zijn de oorzaken van het probleem?

De vormgeving van het eigen risico in combinatie met hoge tarieven van behandelingen in de medisch-specialistische zorg. Hierdoor maken patiënten regelmatig met één behandeling bij de arts het eigen risico volledig vol. Voor zorg na deze behandeling zal de patiënt geen financiële prikkel meer ervaren om na te denken of een behandeling binnen of buiten de medisch-specialistische zorg (op het gegeven moment) nodig is.

c) Wat is de omvang van het probleem?

De kosten van het basispakket van de zorgverzekering stijgen hard en bedragen in 2025 naar verwachting € 67 miljard. Grofweg de helft hiervan zijn uitgaven medisch specialistische zorg. Het eigen risico dat verzekerden betalen is een instrument om de zorg betaalbaar te houden. Dit instrument kan voor de kosten van medisch specialistische zorg effectiever worden ingezet.

Het Centraal Planbureau heeft berekend dat dat tranchering van het eigen risico voor de medisch specialistische zorg bijdraagt aan het remgeldeffect (Zie Zorgkeuzes in Kaart 2020<sup>1</sup>, maatregel 61). De precieze financiële gevolgen hiervan zijn tot op heden alleen in beeld gebracht in combinatie met de verlaging van het eigen risico van € 385 naar € 165. VWS heeft het CPB gevraagd de financiële effecten van alleen de tranchering in 2025 ook in beeld te brengen.

<sup>1</sup> <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-650dec52-fc51-4113-becf-e693e2955940/pdf>

d) Wat is het huidige beleid en wat heeft de evaluatie opgeleverd?

- Het verplicht eigen risico bedraagt € 385. In de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat het verplicht eigen risico jaarlijks geïndexeerd wordt op basis van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Deze indexatie is echter sinds 2018 niet toegepast (het verplicht eigen risico is dus sinds 2018 bevroren)<sup>2</sup> en blijft ook de komende jaren (t/m 2026) bevroren.
- Het eigen risico (en eigen bijdragen) maakt mensen bewust van de kosten van zorg (wat doelmatig zorggebruik stimuleert) en zorgt voor medefinanciering (lagere netto collectieve zorguitgaven). In 2025 wordt ongeveer € 3,4 miljard van de zorguitgaven uit het verplicht eigen risico gefinancierd. Dit betekent dat een kleiner deel van de zorguitgaven vanuit de nominale premie gefinancierd wordt (het eigen risico en de nominale premie zijn namelijk communicerende vaten). 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.
- Er bestaan verschillende landelijke compensatieregelingen die eraan bijdragen de zorg op individueel niveau betaalbaarder te houden. Voorbeelden zijn de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de gemiddelde nominale zorgpremie én het gemiddelde verplicht eigen risico en het uitzonderen van bepaalde zorgvormen, waaronder huisartsenzorg, wijkverpleging, verloskundige zorg en kraamzorg, van het eigen risico.
- Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten én de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt (structureel € 268 miljoen vanaf 2017). Een voorbeeld hiervan is de gemeentepolis. Gemeenten zijn vrij om te bepalen op welke wijze en in welke mate zij middelen inzetten.
- Ondanks de bestaande landelijke en gemeentelijke regelingen kan het verplicht eigen risico als een te hoge drempel worden ervaren, zeker als iemand moeite heeft met financieel rondkomen. Daardoor zoeken mensen mogelijk niet of te laat medisch noodzakelijke zorg op. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.

e) Wat gebeurt er als de overheid niets doet (Nuloptie)? Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?

Als de overheid niets doet wordt de beoogde doelmatigere inzet van het instrument 'eigen risico' niet bereikt. Dit gaat ten koste van de betaalbaarheid van de zorg en betekent hogere kosten voor een deel van de verzekerden.

## 2. Wat is het beoogde doel?

### Hulpvragen

a) Wat zijn de beleidsdoelen?

Effectiever maken van het verplicht eigen risico zonder de drempel tot zorg te verhogen door het trancheren van het eigen risico voor de medisch specialistische zorg. Per keer wordt € 50 eigen risico in rekening gebracht tot een maximum van € 165,-.

Deze maatregel is opgenomen in het Hoofdlijnenakkoord 2024 – 2028 HOOP, LEF en TROTS.

b) Aan welke [duurzame ontwikkelingsdoelen \(sustainable development goals, SDG's\)](#) en [brede welvaartsuitkomsten](#) dragen de doelen bij?

<sup>2</sup> Het verplicht eigen risico bedraagt al sinds 2016 maximaal € 385. In 2017 heeft geen indexatie van het verplicht eigen risico plaatsgevonden, vanwege een relatief lage groei van de zorguitgaven.

### 3. Wat zijn opties om het doel te realiseren?

#### Hulpvragen

- a) Wat zijn kansrijke aangrijpingspunten om het doel te realiseren?

Voorgesteld wordt om de tranchering van het verplicht eigen risico in het Besluit zorgverzekering neer te leggen. Hiermee blijft flexibiliteit van de tranchering in stand en kunnen de financiële effecten van de twee maatregelen in samenhang in beeld gebracht worden.

- b) Wat zijn, gegeven de aangrijpingspunten, kansrijke beleidsopties?

Het eigen risico kan getrancheerd worden. Tranchering betekent dat er een maximum bedrag aan eigen risico per behandeling geldt. Er zijn hierbij veel opties. Zo kan er gekozen worden in welke zorgsectoren het eigen risico getrancheerd wordt, wat wordt beschouwd als 'behandeling' waarop getrancheerd wordt en hoe tranchering samenhangt met het vrijwillig eigen risico.

- c) Wat is de [beleidstheorie \(doelenboom\)](#) per kansrijke beleidsoptie?

Tranchering van het eigen risico zorgt ervoor dat mensen het verplicht eigen risico minder snel vol maken. Mensen zullen langer een financiële prikkel ervaren om bewust te zijn van hun zorggebruik en na te denken of een behandeling nodig is. Kortom: het verplicht eigen risico wordt effectiever zonder de drempel tot zorg te verhogen.

### 4. Wat zijn de gevolgen van de opties?

#### Hulpvragen

- a) Wat zijn de verwachte gevolgen per beleidsoptie?

- Door het trancheren van het verplicht eigen risico wordt de financiële drempel bij de toegang tot zorg minder hoog.
- Ook worden mensen door de tranchering na een eerste onderzoek of behandeling gestimuleerd om – indien de noodzaak van (verdere) behandeling niet evident is – na te denken of een volgend gebruik van zorg nodig is. Dat komt omdat ze minder snel en minder vaak hun volledige verplicht eigen risico volmaken en voor elke extra behandeling opnieuw een bedrag moeten betalen (totdat het maximale verplicht eigen risico bereikt is).
- 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. 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.

b) Welke [verplichte toetsen](#) zijn van toepassing en wat zijn daarvan de uitkomsten (voor zover bekend)?

- Een uitvoeringstoets door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- Een toets op de impact op de regeldruk door het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR).

## 5. Wat is de voorkeursoptie?

### Hulpvragen

a) Wat is het voorstel?

Het verplicht eigen risico wordt getrancheerd in de medisch-specialistische zorg op een bedrag van € 50 per behandelprestatie. Het vrijwillig eigen risico wordt direct aangesproken voor kosten boven het maximum bedrag (en dus niet als het verplicht eigen risico is volgemaakt). De maatregel gaat in op 1 januari 2027, zodat er genoeg tijd is voor het wijzigen van de Zorgverzekeringswet, het aanpassen van de ICT-systemen van zorgverzekeraars en voor goede informatievoorziening voor verzekerden over de nieuwe systematiek (tranchering inclusief de werking van vrijwillig eigen risico).

b) Hoe houdt het voorstel rekening met:

- [doeltreffendheid](#) en [doelmatigheid](#);
- uitvoerbaarheid voor alle relevante partijen (inclusief [doenvermogen](#), [regeldruk](#) en [handhaving](#));
- brede maatschappelijke impact?

- De tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg is doeltreffend en doelmatig, omdat de effectiviteit van het verplicht eigen risico wordt vergroot én de drempel tot zorg wordt verlaagd.
- Voor de tranchering van het verplicht eigen risico wordt de verrekening van het eigen risico 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.

c) Wat zijn de risico's en onzekerheden van dit voorstel?

Reguliere risico's en onzekerheden: advisering RvS en steun in de Kamers.

d) Hoe ziet de voorgenomen [monitoring en evaluatie](#) eruit?

De effecten van deze maatregel zullen geëvalueerd worden. Om dit op een goede manier te doen zal met onderzoekers worden nagedacht over een geschikte onderzoeksmethode.