

Nota van toelichting

Inhoudsopgave

deel I. Algemeen deel	p. 1
1. Inleiding	p. 1
2. Inhoud van het besluit	p. 2
3. Budgettaire gevolgen	p. 6
4. Uitvoering, regeldruk en fraude	p. 7
5. Gegevensbescherming	p. 9
6. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 9
7. Consultatie	p. 9
8. Communicatie en invoering	p.13
deel II. Artikelsgewijze toelichting	p.13

I. Algemeen deel

1. Inleiding

In het coalitieakkoord 2026–2030 'Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland'¹ heeft het kabinet maatregelen aangekondigd om goede zorg ook in de toekomst te garanderen. Deze toekomstbestendigheid staat namelijk onder druk. Er zijn simpelweg niet genoeg zorgprofessionals om in alle zorg en ondersteuning te voorzien waar om gevraagd wordt. En niet alle zorg is passende zorg: soms heeft behandelen geen meerwaarde voor de patiënt, soms is zorg niet het passende antwoord op de hulpvraag. Dit vraagt om het maken van keuzes. Keuzes die van iedereen een bijdrage vragen.

Samen met zorg- en welzijnspartijen en maatschappelijke partners werkt het kabinet daarom aan structurele oplossingen. Er zijn doorbraken nodig om de goede voorbeelden de standaard te maken. Dat doet het kabinet aan de hand van vier richtinggevende principes:

1. De gezondste generatie ooit
2. Van zorg naar gezondheid
3. Passende zorg en ondersteuning
4. Solidair zorgstelsel

Als onderdeel van het vierde principe 'Solidair zorgstelsel' zet het kabinet in op een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60 per 2027 (na indexering). Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen.

Gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van burgers die ziek zijn. Mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen met een laag inkomen. We betalen veel samen, en als je daadwerkelijk zorg gebruikt, hoort daar ook een eigen financiële bijdrage bij. Zo houden we de premies beheersbaar. Die solidariteit is een groot goed en moeten we behouden. De maatregelen die het kabinet neemt leiden ertoe dat de zorg toegankelijk blijft, maar ook dat de zorguitgaven minder hard stijgen. Zo zorgen we ervoor dat gezonde mensen ook in de toekomst solidair willen blijven met mensen die zorg nodig hebben. Tegelijkertijd zorgen we ervoor dat mensen die medisch-specialistische zorg

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 36848, nr. 31

nodig hebben niet in één keer het hele eigen risico kwijt zijn voor die zorg door het eigen risico te trancheren op maximaal € 150 per behandelprestatie.

Het eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de zorgkostenontwikkeling, waardoor de relatieve medefinanciering aan de zorg door verzekerden evenals het reële remgeldeffect² structureel zijn afgenomen. Dit kabinet kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren. Hierdoor beweegt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven onder de Zorgverzekeringswet. Het verplicht eigen risico komt daarmee volgens huidige inzichten uit op € 395, maar dit kan tot vaststelling van de Ontwerpbegroting voor 2027 nog beperkt wijzigen. Daarnaast kiest het kabinet voor een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, waardoor het verplicht eigen risico in 2027 naar huidige inzichten uitkomt op € 455. Deze verhoging vergt een wijziging van de Zorgverzekeringswet.

De andere maatregel met betrekking tot het verplicht eigen risico die in het coalitieakkoord is genoemd, is de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028. Per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg³ wordt maximaal € 150 in rekening gebracht, zodat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Hierdoor zijn verzekerden per behandelprestatie een kleiner deel van hun verplicht eigen risico kwijt. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan. Ook blijft het kostenbewustzijn langer doorwerken: waar een verzekerde voorheen na één behandelprestatie zijn volledige eigen risico kwijt was en vervolgens geen financiële prikkel meer ervoer, wordt de verzekerde na de tranchering langer gestimuleerd om na te denken of een vervolgbehandeling passend is. Zo geven we het eigen risico slimmer vorm.

Vanwege de impact die de tranchering van het eigen risico heeft op onder andere de administratiesystematiek en ICT van zorgverzekeraars is de tranchering van het eigen risico per 2027 niet mogelijk. Ook is het van belang om de verzekerden goed uit te leggen hoe de tranchering in zijn werk gaat. Daarom zal deze tranchering ingaan op de eerste datum waarop zij wél uitvoerbaar is, te weten 1 januari 2028.

2. Inhoud van het besluit

a. Doelstelling besluit

Dit kabinet wil de toegankelijkheid van de zorg vergroten door tranchering van het verplicht eigen risico op € 150 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen naar maximaal € 150 per behandelprestatie, wordt de financiële drempel voor het eerste gebruik van medisch-specialistische zorg verlaagd. Tegelijkertijd wordt met deze maatregel het effect van het eigen risico op het kostenbewustzijn verlengd, waardoor er een remmende werking is op het gebruik van zorg. Immers, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt vol gemaakt, kan het eigen risico ook vaker later in het jaar nog worden aangesproken. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel verlaagd als verlengd. Verzekerden die te maken met één of twee diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en weinig andere zorgkosten gaan door tranchering een lager eigen risico betalen. Op de effecten voor verzekerden wordt verder ingegaan in hoofdstuk 3.

b. Kernpunten besluit

² De mate waarin mensen ten gevolge van het eigen risico minder zorg gebruiken, wordt het 'remgeldeffect' genoemd.

³ Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

Ingevolge dit besluit geldt dat de verzekerde voor iedere gedeclareerde prestatie aan medisch-specialistische zorg maximaal € 150 kwijt is aan verplicht eigen risico, totdat het totaal voor het kalenderjaar geldende maximum is bereikt. Als de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, wordt het lagere tarief in rekening gebracht. Het bedrag is van toepassing op alle prestaties voor medisch-specialistische zorg die als dbc of overig zorgproduct (ozp) kunnen worden gedeclareerd.⁴ De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna voortgezet wordt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw (maximaal) € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend. Als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan € 150, dan kan – als er sprake is van vrijwillig eigen risico – de zorgverzekeraar het bedrag boven deze € 150 voor rekening van het vrijwillig eigen risico brengen, ook al is het totaalbedrag van het verplicht eigen risico nog niet bereikt.

c. Reikwijdte besluit

Dit besluit geldt voor de medisch-specialistische zorg. De reden hiervoor is dat in de medisch-specialistische zorg met de oude vormgeving van het eigen risico verzekerden met één ziekenhuisbehandeling vaak direct hun gehele verplicht eigen risico vol maakten. Dat komt omdat de prijzen van prestaties in de medisch-specialistische zorg relatief hoog liggen. Daarnaast ligt het gemiddeld aantal prestaties van medisch-specialistische zorg dat jaarlijks per verzekerde gedeclareerd wordt relatief laag. Hierdoor zullen verzekerden als ze voor iedere behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg slechts maximaal € 150 aan verplicht eigen risico verschuldigd zijn, minder snel en minder vaak hun gehele verplicht eigen risico vol maken.

Ten behoeve van de begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid is bij de afbakening van de reikwijdte van de maatregel ook rekening gehouden met welke zorg verzekerden in het dagelijks spraakgebruik als medisch-specialistische zorg beschouwen.

In dit besluit is, aansluitend bij de formulering van artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering (Bzv), bepaald dat de tranches verplicht eigen risico gelden voor 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'⁵, met uitzondering van door (of namens) psychiaters verleende zorg en met toevoeging van door kaakchirurgen geleverde zorg en geriatrische revalidatiezorg. Psychiaters zijn medisch specialisten en bieden 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De zorg die zij leveren zal echter door verzekerden als geestelijke gezondheidszorg beschouwd worden en valt daarom niet onder de in deze algemene maatregel van bestuur (amvb) geregelde tranchering, met uitzondering van zorg die in het kader van een medisch-specialistische somatische behandeling wordt ingezet.^{6,7} 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' en de kaakchirurg is ook geen medisch specialist. Hetzelfde geldt voor geriatrische revalidatie waarbij de specialist ouderengeneeskundige verantwoordelijk is voor de zorg. Geriatrische revalidatiezorg is

⁴ 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 gebruik gemaakt van overige zorgproducten (ozp's). Hieronder vallen o.a. aanvullingen op de dbc's (add-ons) voor IC-dagen of dure geneesmiddelen, of eerstelijnsdiagnostiek.

⁵ Sommige vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, zoals forensische zorg en abortuszorg van abortusklinieken, vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. Het gevolg is dat het in de Zvw opgenomen verplicht eigen risico er niet voor geldt en derhalve de in deze amvb geregelde tranchering van dat eigen risico ook niet.

⁶ 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).

⁷ Bovendien leidt tranchering in de geestelijke gezondheidszorg naar verwachting niet of in mindere mate ertoe dat mensen minder eigen risico hoeven te betalen. Een ggz-zorgtraject bestaat doorgaans uit relatief veel, snel opeenvolgende prestaties. Hierdoor zouden mensen alsnog snel hun eigen risico vol maken.

geen medisch-specialistische zorg, maar betreft integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. Kaakchirurgie en geriatrische revalidatiezorg vinden echter veelal wél in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra plaats. 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-26621-02⁸) 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.⁹ 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.¹⁰ Deze prestaties vallen in dat geval onder de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.

In het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer 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 dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg (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 verplicht eigen risico is op deze diensten van toepassing.

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

d. Hoogte en toepassing van het maximumbedrag

Het verplicht eigen risico van maximaal € 150 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 consult 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 bijvoorbeeld eerstelijnsdiagnostiek of aanvullingen op dbc's (deze worden 'add-on' prestaties genoemd) voor bijvoorbeeld 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.

⁸ Genoemde beschikking is van toepassing in 2026. De NZa maakt ieder jaar een nieuwe prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.

⁹ Multidisciplinaire diagnostiek van zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum en multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een tertiair oogheelkundig centrum, betreft zorg zoals medisch specialisten (in dit geval oogartsen) die plegen te bieden. Deze vormen van zorg zijn ook opgenomen in de genoemde beschikking en tarieventabel. Ze vallen derhalve onder de tranchering. Dat deze zorg wordt ingedeeld bij de zintuiglijk gehandicaptenzorg (art. 2.5a Bzv) en niet bij de geneeskundige zorg (art. 2.4 Bzv) is voor de tranchering van het verplicht eigen risico niet van belang.

¹⁰ Als de MSVT als wijkverpleging wordt gedeclareerd geldt *geen* eigen risico, omdat wijkverpleging is uitgezonderd van het eigen risico.

De verrekening van het verplicht eigen risico is gekoppeld aan de declaratiesystematiek. Het verplicht eigen risico volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar.

Het stapsgewijs vol maken 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 door de zorgaanbieder in rekening wordt gebracht als verzekerde zorg, het daarbij geldende tarief ten laste komt van het verplicht eigen risico. Als de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, dan wordt het lagere tarief in rekening gebracht in plaats van de € 150. De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna voortgezet wordt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw (maximaal) € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend.

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.

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

- Een verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort bedraagt € 500. Er wordt geen vervolg-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 € 470 in 2028):
De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de behandeling van de dermatoloog.
- Nieuwe systematiek: In de nieuwe systematiek maakt de verzekerde het verplicht eigen risico niet direct vol met de behandeling van de dermatoloog. De verzekerde betaalt € 150 voor de behandeling bij de dermatoloog en € 75 voor de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. De verzekerde betaalt minder eigen risico (€ 225 in plaats van € 470 en is bij mogelijke vervolgzorg in hetzelfde kalenderjaar meer kostenbewust, omdat ook deze eventuele vervolgzorg nog geheel of gedeeltelijk ten laste van het verplicht eigen risico kan komen.

Veel verzekerden hebben jaarlijks te maken met één of twee dbc's en hebben daardoor straks een lager eigen risico. Er zijn echter ook situaties waarin verzekerden in korte tijd meerdere los declarabele behandelingen hebben, waardoor zij alsnog het maximale eigen risico betalen. Bijvoorbeeld in de situatie dat de verzekerde te maken heeft met een SEH-bezoek, operatie, IC-dagen en dure geneesmiddelen.

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). Zonder tranchering betekent dit dat een vrijwillig eigen risico pas wordt aangesproken nadat het bedrag van het verplicht eigen risico volledig vol is gemaakt. Dit besluit leidt ertoe dat het totaalbedrag van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg in stappen van (maximaal) € 150 wordt vol gemaakt. 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 nog niet vol gemaakt.

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 € 600. 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 € 470 in 2028):
 - o De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast moet de verzekerde vanwege het vrijwillig eigen risico € 130 uit eigen middelen betalen.
 - o Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico, namelijk € 370 (€ 500 - € 130)
 - o In totaal betaalt de verzekerde € 970 uit eigen middelen: € 470 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.
- 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 € 450 (€ 600 - € 150), aan vrijwillig eigen risico.
 - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw € 150 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 € 800: € 300 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

f. Indexering van het maximumbedrag per prestatie

In de Zvw is vastgelegd dat de hoogte van het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten.¹¹ Als 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 wordt ingevolge dit besluit het maximumbedrag van € 150 vanaf 2029 herberekend. Het uitgangspunt bij de herberekening is dat de verhouding tussen het (onafgeronde) bedrag aan verplicht eigen risico en het onafgeronde maximumbedrag voortaan gelijk is aan 33%. Om het maximumbedrag te bepalen wordt eerst 33% van het geïndexeerde, niet afgeronde bedrag aan verplicht eigen risico berekend. Vervolgens wordt de uitkomst hiervan naar beneden afgerond op bedragen van € 5.

¹¹ 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.

3. Budgettaire gevolgen

Voor de maatregel zijn inschattingen gemaakt van de te verwachten macro budgettaire gevolgen van het trancheren van het eigen risico in de medisch specialistische zorg. Het trancheren van het eigen risico interacteert ook met de verhoging van het verplicht eigen risico per 2027. Voor de budgettaire gevolgen van deze interactie verwijs ik naar hetgeen daarover is opgenomen in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel waarmee per 2027 het verplicht eigen risico wordt verhoogd.

Het budgettaire effect onder het uitgavenkader bestaat uit twee delen: de te verwachte lagere opbrengst van het verplicht eigen risico, omdat verzekerden vanwege trancheren gemiddeld minder verplicht eigen risico gaan betalen, en een inschatting van de lagere zorgkosten door het hogere kostenbewustzijn (het remgeldeffect). De budgettaire effecten onder het inkomstenkader bestaan uit de verwachte daling van de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de zorgtoeslag.

Budgettaire mutaties in het uitgaven- en inkomstenkader (in miljoenen euro's)

	2028	2029	2030
Opbrengst eigen risico (+ is lagere opbrengst)	118	118	118
Collectieve uitgaven (remgeldeffect)	-318	-318	-318
Effect uitgavenkader (- is lagere netto uitgaven)	-200	-200	-200
Nominale premie	-26	-26	-26
IAB	-188	-130	-135
Zorgtoeslag	-51	-51	-51
Effect inkomstenkader (- is lastenverlichting)	-163	-105	-110

a. Lagere opbrengsten van het verplicht eigen risico

Zonder tranchering van het verplicht eigen risico betaalt iemand die medisch-specialistische zorg ontvangt doorgaans in één keer het volledige bedrag van het verplicht eigen risico. Omdat de bijdrage in de medisch-specialistische zorg per 2028 wordt gemaximeerd op € 150 per prestatie, betalen verzekerden gemiddeld minder verplicht eigen risico. Een aanzienlijk aantal verzekerden die in een kalenderjaar medisch-specialistische zorg nodig hebben, zal namelijk slechts één of twee dbc's nodig hebben en zal hierdoor minder snel het verplicht eigen risico vol maken. Naar verwachting neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico af met € 118 miljoen vanaf 2028. Naar verwachting gaan ongeveer 1,3 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld circa € 100 minder eigen risico betalen.

b. Daling van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)

De tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch specialistische zorg leidt ertoe dat verzekerden minder snel hun eigen risico vol maken. De veronderstelling is dat dit resulteert in een afname van het zorggebruik, omdat het verplicht eigen risico langer een rol blijft spelen bij de overweging om zorg te gebruiken. Er is een inschatting gemaakt van het verwachte effect op de zorgvraag van het trancheren van het verplicht eigen risico. In 2028 wordt rekening gehouden met € 318 miljoen lagere zorguitgaven wegens de verhoging van het remgeldeffect.

Het remgeldeffect 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.¹² Dit model wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in

¹² Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: Remmerswaal en Boone

Kaart¹³, Keuzes in Kaart 2027 t/m 2030¹⁴ en de analyse van het coalitieakkoord¹⁵. Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.

c. Effecten inkomstenkader

De lagere opbrengst van het verplicht eigen risico leidt tot een hogere nominale premie. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een lager verplicht eigen risico staat een hogere nominale premie. De lagere zorguitgaven ten gevolge van het hogere remgeldeffect leiden in het inkomstenkader tot een lagere nominale premie en een lagere IAB. Binnen het inkomstenkader leidt dit tot lagere opbrengsten uit de nominale premie (- € 26 miljoen in 2028) en de IAB (- € 188 miljoen in 2028). Dit is een lastenverlichting (- € 214 miljoen in 2028).

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 gedefinieerd als de geraamde gemiddelde nominale premie, plus het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt.

Door tranchering van het eigen risico betalen verzekerden gemiddeld € 8 minder verplicht eigen risico per jaar en € 2 minder nominale premie dan zonder de tranchering. Het netto effect leidt tot een lagere standaardpremie en daarmee een € 10 lagere de zorgtoeslag. De automatische daling van de zorgtoeslag (- € 51 miljoen in 2028), zorgt voor een automatische lastenverzwaring voor burgers. Na de daling van de zorgtoeslag blijft per saldo een lastenverlichting over van € 163 miljoen in 2028.

4. Uitvoering, regeldruk en fraude

a. Burgers

De wijziging van het verplicht eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde. De zorgverzekeraar zorgt zelf voor een zorgvuldige berekening van het eigen risico. Desondanks verandert de vormgeving van het eigen risico. Daardoor zullen 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. Er zijn nu twee bedragen om rekening mee te houden (het 'tranche-bedrag' en het totale eigen risico). Als men ook nog een vrijwillig eigen risico heeft, is er nog een derde dimensie.

Deze extra complexiteit is ook opgemerkt in een eerdere internetconsultatie van het besluit om de medisch specialistische zorg te trancheren¹⁶. Een goede informatievoorziening voor verzekerden, die aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, is daarom zeer belangrijk. In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze wordt opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Dit besluit heeft, behoudens de hiervoor genoemde kennisnemingskosten, geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers. De inschatting is dat een deel van de burgers dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg, zich zal verdiepen in de maatregel om een inschatting te kunnen maken hoeveel verplicht en vrijwillig eigen risico ze zullen moeten betalen. Sommige burgers nemen door de maatregel ook contact op met hun

(2020), <https://www.cpb.nl/system/files/cpbmedia/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB-achtergronddocument.

¹³ CPB (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, Den Haag.

¹⁴ CPB (2025), *Keuzes in Kaart*, Den Haag.

¹⁵ CPB (2026), *Analyse coalitieakkoord 2026-2030*, Den Haag.

¹⁶ [Overheid.nl | Consultatie Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg](https://overheid.nl/consultatie/slimmere-toepassing-eigen-risico-in-de-medisch-specialistische-zorg)

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 relatief complex zijn, omdat ze in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg vaak zowel het verplicht als vrijwillig eigen risico zullen moeten gaan betalen. 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 € 20,6 mln. De regeldruk voor burgers is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Alle volwassen verzekerden (14,5 miljoen) nemen kennis van de tranchering van het eigen risico, een eenvoudige handeling van 2 minuten tegen een uurtarief van € 17: dit levert $14.500.000 \times 2/60 \times € 17 = € 8,2$ miljoen op aan regeldrukkosten.
- Verzekerden die daadwerkelijk eigen risico verbruiken (circa 7,25 miljoen, oftewel ongeveer de helft van alle volwassen verzekerden) zullen zich nader verdiepen in de tranchering van het verplicht eigen risico om in te schatten hoeveel eigen risico zij moeten betalen (ook als zij andere zorg dan medisch specialistische zorg gebruiken) — een handeling van gemiddeld 5 minuten: $7.250.000 \times 5/60 \times € 17 = € 10,3$ miljoen.
- Van deze groep zoekt naar schatting 10% deskundig advies bij een zorgverzekeraar of zorgaanbieder: $725.000 \text{ personen} \times 10/60 \times € 17 = € 2,1$ miljoen;

Het subtotaal regeldruk voor burgers komt daarmee op circa € 20,6 miljoen.

Om het begrip van dit besluit te vergroten en daarmee de vragen (en kosten) voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars 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 verplicht eigen risico en het vrijwillig 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, zodat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in tranches wordt verrekend.

Daarnaast moet de ICT-systemen van zorgverzekeraars zo worden aangepast, dat de meerkosten (dat wil zeggen de kosten boven € 150) van een prestatie in de medisch-specialistische zorg als de verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico toegerekend kunnen worden aan dat vrijwillig eigen risico. Naar verwachting zullen sommige verzekerden meer facturen krijgen van hun verzekeraar, omdat zij in meerdere stappen hun eigen risico vol maken. Door de toename van het aantal facturen, voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico, nemen de uitvoeringslasten dus beperkt toe. Daarnaast kunnen de invorderingswerkzaamheden van zorgverzekeraars enigszins toenemen. 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 verrekende 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' uit 2023 van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat. De regeldruk voor zorgverzekeraars bestaat uit twee componenten:

- Ten eerste het beantwoorden van vragen van verzekerden: twee derde van de 725.000 advieszoekenden richt zich tot de zorgverzekeraar (circa $483.333 \text{ contactmomenten} \times 10/60 \times \text{€ } 39/\text{uur} = \text{circa € } 3,1 \text{ miljoen}$), omdat verzekeraars het eigen risico bij verzekerden innen en daardoor het eerste aanspreekpunt zijn.
- Ten tweede moeten zorgverzekeraars hun ICT-systemen aanpassen om het maximumbedrag per prestatie te kunnen verrekenen en weergeven: $10 \text{ concerns} \times 5.200 \text{ uur} \times \text{€ } 54/\text{uur} = \text{€ } 2,8 \text{ miljoen}$.

Het subtotaal regeldruk voor zorgverzekeraars bedraagt circa € 5,9 miljoen.

c. Zorgaanbieders

De maatregel heeft geen gevolgen voor de administratie van zorgaanbieders, omdat zij geen extra investeringen hoeven te doen of inspanningen hoeven te verrichten. Zorgaanbieders moeten door de wijziging in de overgangssituatie wel rekening houden met meer vragen van patiënten over gedeclareerde behandelprestaties. 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 zorgverzekeraars 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.

- Zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg krijgen vragen van patiënten over de dbc-systematiek en de hoogte van het te verrekenen eigen risico. Uitgaande van de groep die deskundig advies zoekt (725.000 personen), wordt verondersteld dat een derde van deze vragen bij zorgaanbieders terechtkomt, wat neerkomt op circa $241.667 \text{ contactmomenten}$. De berekening is: $241.667 \times 10/60 \times \text{€ } 39 \text{ uur} = \text{circa € } 1,6 \text{ miljoen}$.

d. Dienst toeslagen

De verhoging en tranchering van het verplicht eigen risico tezamen leiden via een verlaging van de standaardpremie tot een verlaging van de zorgtoeslag. Aangezien de standaardpremie ieder jaar gewijzigd wordt, levert dit voor de Dienst toeslagen geen extra werk op.

5. 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.

6. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland

a. Europees recht

Omdat Nederland een privaat zorgverzekeringsstelsel heeft, is de EU-richtlijn Solvabiliteit II¹⁷ van toepassing. Uitgangspunt van deze richtlijn is dat privaatrechtelijke schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid wordt gelaten bij het inrichten van hun verzekeringspolissen. Wat betreft de Nederlandse zorgverzekering geldt echter dat die vrijheid mag worden beperkt voor zover dat noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. De plicht om verplicht eigen risico in rekening te brengen, vormt zo'n beperking. Voorliggend besluit perkt de beleidsvrijheid van de verzekeraars echter niet verder in. Gold voor de inwerkingtreding van het besluit dat de zorgverzekeraar verplicht waren om de kosten van een behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg geheel voor rekening van het verplicht eigen risico te brengen totdat het maximum van dat eigen risico was bereikt, vanaf de inwerkingtreding van het besluit geldt dat de kosten van zo'n behandelprestatie tot maximaal € 150 voor rekening van het verplicht eigen risico dienen te worden gebracht. In beide gevallen hebben de zorgverzekeraars derhalve geen beleidsvrijheid bij het bepalen van het deel van de rekening dat voor rekening van het verplicht eigen risico dient te worden gebracht. Omdat de vrijheid van de zorgverzekeraars met voorliggend besluit niet wordt ingeperkt ten opzichte van de situatie die voordien gold, komt de voorgestelde tranchering niet in strijd met de richtlijn Solvabiliteit II.

b. Caribisch Nederland

De maatregel heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. De Zvw stelt regels over een verplichte (privaatrechtelijke) zorgverzekering voor mensen die, kortweg, in Europees Nederland wonen of loonbelasting betalen. De gevolgen van deze amvb 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 de collectieve verzekering die in dit deel van Nederland geldt, geen eigen risico kent.

7. Consultatie

a. Internetconsultatie

In de periode van 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025 heeft een internetconsultatie plaatsgevonden van het ontwerpbesluit waarmee de tranchering zou zijn vastgesteld op € 50 bij een maximaal verplicht eigen risico van € 165. Er is voor gekozen om het ontwerpbesluit 'tranchering eigen risico' (met tranches van € 150) niet (opnieuw) open te stellen voor internetconsultatie, omdat de strekking van dit ontwerpbesluit gelijk is aan het ontwerpbesluit dat reeds heeft voorgelegen voor internetconsultatie. Er is alleen gekozen voor andere parameters, namelijk een tranchebedrag van € 150 bij een maximaal verplicht eigen risico van € 460. Uit de reacties is duidelijk geworden dat er voor- en tegenstanders zijn van een tranchering van het verplicht eigen risico en dat hiervoor verschillende argumenten zijn aangedragen. Er zijn 12 reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen, namelijk van de Patiëntenfederatie en Ieder(in) (gezamenlijk), Diabetesvereniging, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en van 7 individuen.

Samenvatting reacties van burgers

De meningen van burgers over de tranchering van het eigen risico zijn verdeeld. Voorstanders vinden het goed dat mensen door de maatregel minder kwijt zijn per

¹⁷ 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 het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009 L 335).

behandeling in het ziekenhuis in plaats van direct het volledige eigen risico. Dit geeft een lastenverlichting voor mensen. Ook verwachten zij dat dit ertoe kan leiden dat mensen minder vaak veel zorg gebruiken zodra ze hun eigen risico hebben vol gemaakt. Tegenstanders geven aan dat de maatregel niet de grote problemen in de zorg aanpakt, zoals de lange wachtlijsten en werkdruk in de zorg. Ook vragen ze zich af of de maatregel wel daadwerkelijk leidt tot een effectiever eigen risico en geven ze aan dat de zorgprofessional, niet de patiënt de afweging moet maken of zorg nodig is of niet.

Samenvatting reacties van patiëntenverenigingen (Diabetesvereniging, MIND, Patiëntenfederatie en Ieder(in))

Deze organisaties erkennen dat de tranchering van het eigen risico voordelig kan zijn voor mensen die incidenteel zorg nodig hebben, maar wijzen ook op het beperkte effect voor chronisch zieken. Voor deze groep biedt de maatregel volgens de organisaties namelijk weinig voordeel, omdat chronisch zieken ook te maken heeft met andere zorgkosten, waardoor ze alsnog snel het eigen risico vol maken. Ook geven de organisaties aan dat het eigen risico complexer wordt en daardoor ook moeilijker uitlegbaar wordt aan verzekerden. Patiëntenfederatie en Ieder(in) vragen zich af of deze extra complexiteit opweegt tegen een verondersteld effectiever remgeldeffect. Ten slotte pleiten de organisaties voor een uitbreiding van de tranchering naar andere zorgsectoren, zoals farmaceutische zorg, hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg of alle zorg waarvoor het eigen risico geldt.

Samenvatting reactie van zorgverzekeraars (ZN)

ZN maakt zich zorgen dat tranchering van het eigen risico de drempel naar ziekenhuiszorg te laag maakt en dat dit zal leiden tot omgekeerde substitutie: mensen zullen vaker kiezen voor duurdere ziekenhuiszorg in plaats van een behandeling door de huisarts. ZN waarschuwt verder dat de maatregel het eigen risico complexer maakt, wat leidt tot extra uitvoeringslasten voor verzekeraars en tot extra onduidelijkheid voor verzekerden. De extra complexiteit ontstaat volgens zorgverzekeraars door de koppeling van het eigen risico aan de declaratiesystematiek, de samenloop met het vrijwillig eigen risico en het feit dat de tranchering niet voor alle zorg, maar alleen voor medisch-specialistische zorg geldt. Zorgverzekeraars verwachten dat zij, maar ook zorgverleners, veel vragen van patiënten en verzekerden zullen krijgen. Ten slotte wijst ZN erop dat de overgang naar het nieuwe systeem kan leiden tot uitstel van zorg aan het eind van het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de tranchering ingaat en extra wachtlijsten aan het begin van laatstbedoeld jaar, omdat het eigen risico voor een eerste behandeling dan daalt van het maximum eigen risico naar het 'tranche-bedrag' in de medisch-specialistische zorg.

Samenvatting van reactie van ziekenhuizen (NVZ)

NVZ merkt op dat de tranchering van het eigen risico in beginsel zorgt voor een effectiever eigen risico. De NVZ maakte zich zorgen dat de tranchering in combinatie met een forse verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 zou leiden tot een grote toename van de zorgvraag, zowel van noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg. Deze zorg vervalt nu dit kabinet kiest voor een hoger verplicht eigen risico. Verder geeft de NVZ aan dat helder en goed is beargumenteerd waarom de tranchering alleen geldt voor medisch-specialistische zorg. De NVZ vraagt zich wel af of het getrancheerde eigen risico in de praktijk begrijpelijk is voor verzekerden en patiënten, vanwege het feit dat de tranchering alleen geldt voor medisch-specialistische zorg en vanwege de samenloop met het vrijwillig eigen risico.

Samenvatting van reactie NZa

De NZa betwijfelt of de beoogde effecten van de maatregel – een begrijpelijke toepassing van het eigen risico, waarbij de prikkel om doelmatig om te gaan met zorg niet na het

eerste ziekenhuisbezoek volledig wegvalt omdat het eigen risico dan vol is – worden bereikt. Volgens de NZa is het grootste probleem dat het voor verzekerden mogelijk niet duidelijk is waar zij het eigen risico voor betalen. De NZa adviseert om het verplicht eigen risico te koppelen aan voor patiënten herkenbare zorgactiviteiten. De NZa verwacht dat de maatregel zal leiden tot een toename van onduidelijkheid voor verzekerden, mede door de gekozen samenloop van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

Reactie op de ontvangen opmerkingen

Door meerdere partijen zijn zorgen geuit dat de tranchering het eigen risico complexer maakt, waardoor het eigen risico moeilijker te begrijpen is voor burgers en tot meer uitvoeringslasten leidt voor zorgverzekeraars en -aanbieders. De extra complexiteit komt volgens de partijen door de koppeling aan de declaratiesystematiek, de samenhang met het vrijwillig eigen risico en de keuze de tranchering enkel voor de medisch-specialistische zorg in te voeren.

De genoemde punten worden onderkend. Er zijn alternatieven voor deze maatregel verkend die begrijpelijker zijn voor verzekerden, zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of zorgvraag. Die alternatieven bleken echter complexer te zijn in de uitvoering en ingrijpende wijzigingen te vergen. Er is daarom gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging.

Wat betreft het vrijwillig eigen risico is er bewust gekozen om de huidige werking van het vrijwillig eigen risico zoveel mogelijk in stand te houden. Dit heeft als mogelijk gevolg dat verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico, dit eerder zullen aanspreken dan nu het geval is.

Ook kan hierdoor voor sommige mensen de keuze voor een vrijwillig eigen risico complexer worden.

Er is ook bewust gekozen alleen het eigen risico voor medisch-specialistische zorg te trancheren. In de medisch-specialistische zorg ziet de regering namelijk dat mensen onder de oude vormgeving van het eigen risico met één ziekenhuisbehandeling vaak direct hun gehele verplicht eigen risico vol maken. De keuze het eigen risico alleen voor medisch-specialistische zorg te trancheren kan er inderdaad toe leiden dat het voor sommige behandelingen minder duidelijk is of de tranchering wel of niet geldt. Hierbij wordt opgemerkt dat het uitbreiden van de tranchering van het eigen risico naar alle Zvw-zorg niet noodzakelijk begrijpelijker is voor verzekerden.

Elke zorgsector heeft namelijk een andere bekostigingssystematiek en prestaties, wat – als het eigen risico voor die sectoren ook getrancheerd zou worden – ook tot extra onduidelijkheid en vragen zou kunnen leiden. Daarnaast leidt tranchering er in andere sectoren dan de medisch-specialistische zorg niet of in mindere mate toe dat mensen minder eigen risico hoeven te betalen. In sectoren zoals de ggz bestaat een zorgtraject doorgaans uit relatief veel, snel opeenvolgende prestaties. Hierdoor zouden mensen alsnog snel hun eigen risico vol maken.

De ontvangen reacties onderstrepen het belang van actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen. Er wordt daarom ruim de tijd genomen voor uitgebreide voorlichting, waarbij zorgverzekeraars en -aanbieders betrokken worden. Tot slot wordt opgemerkt dat, alhoewel uit de reacties blijkt dat er situaties kunnen zijn waarin het voor verzekerden onduidelijk is wat zij exact aan eigen risico moeten betalen, er voor verzekerden een belangrijke zekerheid is: niemand betaalt als gevolg van de tranchering méér eigen risico.

Verschillende partijen hebben opgemerkt dat chronische ziekten niet in gelijke mate profiteren van de maatregel. Veel chronisch zieken zullen inderdaad het verplicht eigen risico alsnog vol maken, omdat zij vaak meerdere dbc's per jaar en ook andere zorg zoals

geneesmiddelen en hulpmiddelen gebruiken. Zij profiteren wel van de tranchering doordat deze ervoor zorgt dat de premie minder hard stijgt.

Zorgverzekeraars maken zich zorgen dat er omgekeerde substitutie zal plaatsvinden vanwege de tranchering van het eigen risico. Dit gaat om zorg die zowel een huisarts als medisch specialist kan uitvoeren, zoals kleine chirurgische ingrepen, het plaatsen van een spiraal of bepaalde vormen van diagnostiek. Mogelijk zal een deel van de verzekerden dit liever bij een medisch specialist laten doen dan bij de huisarts, maar dat deel zal naar verwachting beperkt zijn. Er is een verwijzing nodig voor gebruik van zorg in de tweede lijn. Daarnaast blijft er een eigen risico (van maximaal € 150 per prestatie) voor behandelingen in de medisch-specialistische zorg. De effecten van de maatregel zullen overigens onderzocht en in beeld gebracht worden.

Wat betreft de waarschuwing dat de overgang naar het nieuwe systeem in 2028 kan leiden tot uitstel van zorg eind 2027 en extra wachtlijsten begin 2028: dit eenmalige effect is bekend en is meegenomen in de informatievoorziening richting het veld.

b. Inschatting uitvoeringslasten van ZN

Op 18 december 2024 is ZN gevraagd om de uitvoeringslasten van de tranchering van het eigen risico voor verzekeraars in kaart te brengen. Zij gaven in een reactie op 28 januari 2025 aan dat het voor hen op dat moment niet mogelijk was om de kosten van extra uitvoeringslasten te kwantificeren, omdat zorgverzekeraars eerst hun functionaliteiten verder uit moeten werken. Zorgverzekeraars hebben daarom met een kwalitatieve analyse de impact van de maatregel geïnventariseerd. Daarbij hebben ze gedetailleerd de processen in kaart gebracht die geraakt worden door de maatregel en aangegeven of de impact hoog, midden of laag is, of deze incidenteel of structureel is en wat de verwachte doorlooptijd is.

De zorgverzekeraars concludeerden dat de maatregel technisch uitvoerbaar is, maar dat deze naar verwachting wel gepaard gaat met extra administratieve lasten en hogere incasso- en uitvoeringskosten. Dat komt onder andere doordat de maatregel veel verschillende taken en processen van zorgverzekeraars raakt, van dataverwerking en factureren tot communicatie richting verzekerden. De uitvoering wordt ook complexer door de gekozen samenhang met het vrijwillig eigen risico en doordat de tranchering enkel geldt voor medisch-specialistische zorg.

Zorgverzekeraars hebben verder aangegeven dat een eenduidig bronbestand cruciaal is voor het beperken van uitvoeringslast voor verzekeraars. In dat bronbestand wordt op declaratieniveau aangegeven voor welke prestaties de tranchering wel van toepassing is en voor welke prestaties niet. ZN heeft het ministerie van VWS gevraagd ervoor te zorgen dat dit bestand er is. Ook heeft ZN het ministerie gevraagd zorg te dragen voor goede informatievoorziening. Zorgverzekeraars benadrukten ten slotte dat het belangrijk is dat er genoeg tijd is voor verzekeraars om hun ICT-systemen en processen aan te passen.

De opmerkingen van ZN over de uitvoeringslast van de maatregel zijn verwerkt in deze toelichting. De inschatting van ZN benadrukt dat het belang van genoeg tijd voor zorgverzekeraars om hun ICT-systemen aan te passen. Daarom is er een heel jaar, 2027, hiervoor de tijd genomen.

Ook hebben het ministerie van VWS en ZN samengewerkt aan duidelijkheid over op welke prestaties de tranchering van toepassing is en wat dit betekent voor verzekerden. ZN heeft ook gereageerd op de internetconsultatie. Hun reactie wordt daar (onder kopje a) behandeld.

De regering begrijpt de zorgen van zorgaanbieders, burgers en zorgverzekeraars, maar vindt dat de voordelen, namelijk de verlaging van de financiële drempel voor het eerste gebruik van medisch-specialistische zorg en de verlenging van het *effect* van het eigen risico op het kostenbewustzijn, opwegen tegen de nadelen.

c. Oordeel Adviescollege toetsing regeldruk

Op 1 april 2026 zijn de wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen en de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico (verder: ontwerpbesluit tranchering eigen risico), aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd. Op 8 april 2026 heeft het ATR zijn advies uitgebracht. Het ATR heeft getoetst of de regeldrukgevolgen van deze twee voorstellen goed in kaart waren gebracht. Getoetst is op nut en noodzaak, de mogelijkheid van minder belastende alternatieven, de werkbaarheid en de regeldrukberekening. Onder 'regeldruk' wordt verstaan de tijd, kosten en moeite die nodig zijn voor burgers, bedrijven en professionals om de verplichtingen uit wet- en regelgeving na te leven.

Het ATR heeft het volgende oordeel gegeven op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit: Indienen / vaststellen nadat met de adviespunten rekening is gehouden. Naar aanleiding van dit advies is op een aantal onderdelen de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en voorliggende nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tot tranchering verplicht eigen risico, aangepast of aangevuld.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht. Deze aanbeveling is overgenomen. In paragraaf 3b is aangegeven dat ongewenste zorgmijding specifiek als gevolg van het eigen risico lastig te meten is. Vaak zijn er meerdere redenen die tegelijk een rol spelen, is het effect van één specifieke maatregel niet precies te isoleren en zou een groep verzekerden over een heel lange periode moeten worden gevolgd om te bepalen of de zorg die vermeden is, medisch noodzakelijke zorg zou kunnen zijn. Het onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en medisch minder noodzakelijke zorg is zeer lastig te maken. Aan de toelichting is toegevoegd dat het CPB onderzoek doet naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts. Het niet-opvolgen van een verwijzing kan wijzen op (een ongewenste vorm van) zorgmijding. Het doel is dat dit onderzoek nieuwe inzichten oplevert over de omvang en aard van niet-opgevolgde verwijzingen en over verschillen tussen opvolgers en niet-opvolgers, waarbij zowel gekeken wordt naar financiële als niet-financiële kenmerken. Dit zal meer inzicht geven in zorgmijding.

Het college heeft geadviseerd om aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogenstoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn en om opgedane inzichten te gebruiken voor de gerichte informatievoorziening. Deze aanbeveling is overgenomen. De doenvermogenstoets wordt in het najaar uitgevoerd. De uitkomsten worden betrokken bij het vormgeven van de voorlichting. De uitkomsten worden opgenomen in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de voornemens van het kabinet (met name ten aanzien van de stapeling van maatregelen voor kwetsbaren groepen) te concretiseren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze kwetsbaren groepen (al in 2027) te realiseren. De gevolgen van de maatregelen van dit kabinet voor kwetsbare groepen, waaronder het verhogen en trancheren van het eigen risico, en de impact daarvan op verschillende soorten huishoudens, worden geanalyseerd. Mede op basis

hiervan worden maatregelen bepaald om kwetsbare groepen te helpen. Het kabinet heeft structureel € 350 miljoen beschikbaar gesteld om chronisch zieken tegemoet te komen in hun zorgkosten. De uitkomsten van deze analyse en de wijze waarop het bedrag voor chronisch zieken wordt besteed kunnen niet meer worden meegenomen in de toelichtingen, maar maken wel onderdeel uit van het politiek debat.

Tot slot heeft het college geadviseerd om in de toelichting bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de regeldrukgevolgen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars nader te onderbouwen en volledig in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek. Deze aanbeveling is overgenomen. De berekeningen zijn opnieuw uitgevoerd en de regeldrukkosten zijn op basis van deze nieuwe berekeningen aangepast. De berekeningen zijn toegelicht in paragraaf 4.

8. Communicatie en invoering

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

II. Artikelsgewijs

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, van geriatrische revalidatiezorg en van door kaakchirurgen geleverde mondzorg, telkens tot een bedrag van ten hoogste € 150 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 ingevolge dat artikel aan verplicht eigen risico in een kalenderjaar verschuldigd is, is bereikt.

Het komt voor dat een prestatie minder dan € 150 kost. Indien een dergelijke prestatie wordt gedeclareerd, dient voor die prestatie uiteraard slechts het gedeclareerde bedrag als eigen risico in rekening te worden gebracht en niet het volle tranchebedrag van € 150. 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 2028 eerst een ozp van € 100 in rekening wordt gebracht en daarna drie dbc's van telkens meer dan € 150, betaalt de verzekerde eerst € 100, vervolgens € 150, dan nog eens € 150 en voor de derde dbc ten slotte het voor 2028

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.

geldende totaalbedrag aan eigen risico minus € 400 (€ 100 + € 150 + € 150).

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. Deze amvb brengt hier geen verandering in.

Indien de verlening van medisch-specialistische zorg, geriatrische revalidatiezorg of kaakchirurgie 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 € 150 ten laste van het verplicht eigen risico kan worden gebracht, brengt dit voor een verzekerde met een vrijwillig eigen risico met zich, dat voor het meerdere vervolgens al direct het vrijwillig eigen risico kan worden aangesproken.

Artikel 2.17a, tweede lid, Bzv

Zoals in het algemeen deel van deze nota van toelichting is aangegeven, geldt het tranchegewijs vol maken 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 en vierde lid, Bzv

Het derde lid zorgt ervoor dat het maximumbedrag voor een tranche verplicht eigen risico als bedoeld in het eerste lid wordt herberekend indien het totaalbedrag aan eigen risico ingevolge artikel 19, tweede lid, Zvw wordt geïndexeerd. De herberekening vindt plaats door van het ingevolge artikel 19, tweede lid, Zvw geïndexeerde bedrag²¹ 33% te nemen en het resultaat naar beneden af te ronden op een veelvoud van € 5. Indien het aldus herberekende bedrag afwijkt van het voor jaar t geldende maximumbedrag voor een tranche, wordt het bij ministeriële regeling met ingang van jaar t+1 vervangen door het herberekende bedrag (vierde lid).

Aldus wordt bereikt dat een tranche aan eigen risico vóór afronding steeds 33% van het totaalbedrag aan eigen risico bedraagt, en na afronding ongeveer dat percentage.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

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.

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 (voor het jaar 2026 op de website van de NZA te vinden onder nummer TB/REG-26621-02) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatiemodel).

²¹ Dit is het bedrag voor de in artikel 19, derde lid, Zvw bedoelde afronding.