



Adviescollege —
toetsing regeldruk

> **Retouradres** Postbus 16228 2500 BE Den Haag

Aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport
De heer dr. E.J. Kuipers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Onze referentie MvH/RvZ/MK/bs/ATR2725/2023-U026

Uw referentie

Datum 29 maart 2023

Betreft Wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv) in verband met het invoeren van een nieuwe systematiek voor de wijze waarop kosten voor medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico

Geachte heer Kuipers,

Op 8 maart 2023 is aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd de *Wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv) in verband met het invoeren van een nieuwe systematiek voor de wijze waarop kosten voor medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico*. Er is voor dit besluit ook een internetconsultatie gestart, waarvan de reactietermijn op woensdag 4 april 2023 verstrijkt.

Alvorens onze beoordeling over het wijzigingsbesluit te geven spreekt het college zijn waardering uit over de wijze waarop ATR door uw departement bij de totstandkoming van dit besluit is betrokken. ATR heeft in een zeer vroege fase van het wetgevingsproces de gelegenheid gehad om aandachtspunten met betrekking tot de onderbouwing van (de keuzes in) het besluit te formuleren. Hierdoor konden onduidelijkheden in probleem-analyse, doelbereik, onderbouwing van het gekozen alternatief, werkbaarheid en regeldrukparagraaf worden weggenomen, nog voordat de formele adviesaanvraag werd ingediend.

Aanleiding en context

De Zorgverzekeringswet (Zvw) kent sinds 2008 een verplicht eigen risico. Een verzekerde betaalt in 2023 de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf. Zorgkosten boven € 385,- worden vergoed door de zorgverzekeraar. Het verplicht eigen risico heeft verschillende doelen:

- Medefinanciering: zorggebruikers betalen zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten, waardoor de premies voor alle verzekerden lager blijven.
- Kostenbewustzijn en remgeldeffect: verzekerden worden zich bewuster van de kosten voor zorg. Hierdoor zullen verzekerden minder (niet-noodzakelijke) zorg gebruiken, wat leidt tot meer passende zorg, een besparing van zorgkosten en lagere premies.
- Draagvlak voor solidariteit: het eigen risico vraagt wat extra aan de mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de zorg. Dit draagt bij aan de steun voor een breed basispakket met een grote mate van risico- en inkomenssolidariteit.

**ATR, Adviescollege
toetsing regeldruk**
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag

Postbus 16228
2500 BE Den Haag

T 070 310 86 66
E info@atr-regeldruk.nl
www.atr-regeldruk.nl

De huidige vormgeving en inrichting van het verplicht eigen risico heeft ook nadelen:

- Mensen kunnen het vooruitzicht van een rekening van € 385,- (of hoger in geval van een vrijwillig eigen risico) als een hoge drempel ervaren. Dit kan er toe leiden dat zij afzien van zorg die zij wel nodig hebben. Dit vindt het kabinet onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.
- Als mensen al na het eerste consult bij een medisch specialist direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren om bewust te zijn in hun gebruik van zorg en om na te denken of een behandeling passend en nodig is. Het remgeldeffect valt dan al na één behandeling en mogelijk al vroeg in het jaar weg. Dit maakt dat het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg momenteel niet altijd even effectief is.

Inhoud

De voorgenomen maatregel beoogt de genoemde twee nadelen van de huidige vormgeving zo veel als mogelijk weg te nemen. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 385,- naar maximaal € 150,- per zorgvraag, wordt de financiële drempel voor een behandeling verlaagd. Tegelijkertijd verlengt de maatregel het effect van het eigen risico op het kostenbewustzijn, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt. Door het maximumbedrag van € 150,- per zorgvraag verlaagt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg en stimuleert mensen na een eerste onderzoek of behandeling langer om na te denken of een beoogde behandeling (op het gegeven moment) passend en nodig is. Dit resulteert volgens de toelichting bij het besluit in een afname van zorggebruik en daardoor een daling van de collectieve zorguitgaven met € 317 miljoen per jaar. Tegenover dit gedrageseffect staat dat de opbrengst van het eigen risico (door het lagere maximumbedrag van € 150,- per zorgvraag) afneemt met € 118,- miljoen op jaarbasis. Per saldo resteert een afname van de uitgaven voor de zorg met structureel € 200 miljoen. Deze afname komt niet alleen de verzekerden die hun eigen risico moet aanspreken ten goede, maar ook – in geval van een verlaging van de nominale zorgpremie – aan andere verzekerden.

Toetsingskader

ATR beoordeelt de gevolgen voor de regeldruk aan de hand van het volgende toetsingskader:

1. Nut en noodzaak: is er een taak voor de overheid en is regelgeving het meest aangewezen instrument?
2. Zijn er minder belastende alternatieven mogelijk?
3. Is gekozen voor een uitvoeringswijze die werkbaar is voor de doelgroepen die de wetgeving moeten naleven?
4. Zijn de gevolgen voor de regeldruk volledig en juist in beeld gebracht?

1. Nut en noodzaak

De toelichting beschrijft nut en noodzaak van de voorgenomen maatregel. Zij benoemt de twee nadelen van de huidige inrichting en vormgeving van het verplichte eigen risico. Zoals hierboven is benoemd, betekenen deze nadelen dat het huidige verplichte eigen risico de beoogde doelen met betrekking tot medefinanciering en kostenbewustzijn niet ten volle verwezenlijkt. De verlaging van het verplichte eigen risico naar € 150,- leidt er naar verwachting toe dat de drempel voor medisch-specialistisch zorg minder hoog wordt en burgers gedurende een langere periode kostenbewust zijn ten aanzien van hun beroep

op zorg. Simulatie en doorrekening op basis van cijfers over het zorggebruik in de afgelopen zes jaar laten zien dat hierdoor per saldo de uitgaven aan de zorg jaarlijks € 200 miljoen lager uitvallen. Met dit te verwachten resultaat is het voorstel tegelijkertijd voorzien van een norm (namelijk een besparing van € 200 miljoen aan zorguitgaven) waarmee de effecten van de maatregel kunnen worden gemonitord en het doelbereik bij een evaluatie concreet te toetsen is. Omdat de toelichting ook inzicht biedt in de te verwachten omvang van de regeldruk (zie bij toetsvraag 4) is de proportionaliteit van de maatregel onderbouwd. Nut en noodzaak van de maatregel geven geen aanleiding tot opmerkingen.

2. Minder belastende alternatieven

Mogelijk minder belastende alternatieven zijn afgewogen. De toelichting brengt de volgende alternatieven in beeld:

- een maximumbedrag per zorggebeurtenis (een consult, operatie, ligdag);
- een maximumbedrag per zorgvraag (per diagnose-behandelcombinaties (dbc) als overige zorgproducten (ozp), maar voor vervolg-dbc's in hetzelfde jaar zou het verplicht eigen risico dan niet worden aangesproken);
- een procentueel eigen risico; en tenslotte;
- verschillende hoogtes van het maximumbedrag per dbc en ozp.

De toelichting bespreekt de diverse alternatieven om de twee problemen van de huidige inrichting en vormgeving op te lossen. De alternatieven worden gewogen en getoetst op onder meer doenvermogen van burgers en uitvoerbaarheid voor de betrokken instellingen en organisaties. Het eerstgenoemde scenario (maximumbedrag per zorggebeurtenis) is vanuit het perspectief van de verzekerde het meest aantrekkelijk: het is voor hen begrijpelijk en herkenbaar. Volgens een nadere analyse van zorgverzekeraars en zorgaanbieders is dit alternatief echter te complex in de uitvoering, omdat het niet aansluit bij de huidige bekostigingssystematiek en de wijze van administratie en declaratie door zorgaanbieders. Ook de tweede variant is complex in de uitvoering, terwijl het ook minder begrijpelijk en herkenbaar voor burgers is. Bij de derde en vierde variant neemt de begrijpelijkheid en herkenbaarheid voor burgers verder af, zonder dat de uitvoerbaarheid noemenswaardig verbetert. Het wijzigingsbesluit geeft daarom op het punt van minder belastende alternatieven geen aanleiding tot opmerkingen.

3. Werkbaarheid

Zoals hierboven aangegeven zijn de voorgenomen maatregel en de verschillende alternatieven getoetst op werkbaarheid voor burgers en uitvoerbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Met de voorgestelde maatregel hoeven zorgaanbieders niet hun processen en systemen ten behoeve van hun administratie en declaraties aan te passen. Het voorstel maakt voldoende aannemelijk dat de voorgenomen maatregelen voor hen werkbaar zijn. Wel mogen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verwachten dat zij in de beginfase tekst en uitleg aan patiënten en cliënten over het nieuwe stelsel moeten geven. Naar bij eerdere wijzigingen is gebleken, zullen zij daar wel toe in staat zijn. De voorstellen vergen van zorgverzekeraars verder een aanpassing in processen en systemen. Daarin moet de maximering tot € 150,- per zorgvraag (dbc en ozp) worden verwerkt. Er hoeft geen aparte declaratiestroom in het leven te worden geroepen, omdat de maatregel aansluit bij de huidige bekostiging. Maar zorgverzekeraars moeten wel hun administratie anders inrichten, opdat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in 'tranches' kan worden verrekend. Ook moet het ICT-systeem zo worden aangepast, dat de kosten boven € 150,- van een prestatie in de medisch-specialistische zorg toegerekend kunnen worden aan het vrijwillig eigen risico (als een verzekerde daarvoor

gekozen heeft). Daarnaast zijn nog enkele andere aanpassingen nodig in het ICT-systeem. Voor deze aanpassingen hebben de zorgverzekeraars tot 1 januari 2025 (het moment van invoering) de tijd. De aanpassingen zijn in de afgelopen periode op werkbaarheid onderzocht en met verzekeraars besproken. De toelichting maakt voldoende aannemelijk dat de aanpassingen voor zorgverzekeraars werkbaar zijn.

De voorgestelde maatregel sluit nauw aan bij de huidige wijze van bekostiging, die nu ook al een maximering per zorgvraag (dbc en ozp) kent. De maatregel verlaagt het maximum van € 385,- naar € 150,-. Naar verwachting zal deze verlaging geen probleem vormen vanuit het doenvermogen van burgers. Het college merkt daarbij op dat de maatregel niet de complexiteit vermindert van (de financiering van) het huidige stelsel, met onder meer het verplicht en vrijwillig eigen risico, de eigen bijdrage voor geneesmiddelen en hulpmiddelen, de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage. Vanuit het perspectief van burgers bestaat daar wel behoefte aan.

De werkbaarheid en merkbaarheid voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers geven geen aanleiding tot verdere opmerkingen.

4. Berekening gevolgen voor de regeldruk

De toelichting bevat een beschrijving en berekening van de regeldrukgevolgen. Er zijn uitsluitend eenmalige regeldrukgevolgen. Deze omvatten de kennismakingskosten voor burgers (€ 10,9 miljoen), de kosten van voorlichting en aanpassing van systemen en processen voor zorgverzekeraars (€ 4,2 miljoen) en de voorlichting door zorgaanbieders (€ 1 miljoen). De toelichting op de gevolgen voor de regeldruk geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

Dictum

Gelet op het voorgaande is het dictum:

Het besluit vaststellen.

Het college vertrouwt erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Hoogachtend,

w.g.

M.A. van Hees
Voorzitter

R.W. van Zijp
Secretaris