

19 - 0 - 23



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

**TER BESLISSING**

**Directoraat Generaal  
Langdurige Zorg**  
Directie Zorgverzekeringen  
Team Beleid A

**Opgesteld door**

Aan

Minister VWS

Deadline: 12 januari  
2023

# nota

Nota Verzending Kamerbrief Hoofdlijnen slimmere  
toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg

**Datum**  
12 januari 2023

**Kenmerk**  
3498847-1042297-Z

**Zaaknummer**  
1042297

**Bijlage(n)**  
1

## 1. Aanleiding

Naar aanleiding van het in het coalitieakkoord opgenomen 'slimmer en betaalbaarder maken van het eigen risico' is op 4 maart 2022<sup>1</sup> een brief aan de Kamer toegezegt. In deze brief moet de Kamer op hoofdlijnen geïnformeerd worden over de wijziging van het verplicht eigen risico.

In de RWIZO van 10 januari is akkoord gegeven op verzending van de Kamerbrief 'Hoofdlijnen slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg' naar de Tweede Kamer. De inhoud van de brief is eerder met u besproken in de bewindspersonenstaf van 17 oktober en u bent akkoord gegaan met verzending naar de CWIZO van 19 december en de RWIZO van 10 januari.

## 2. Geadviseerd besluit

Wij adviseren u akkoord te gaan met het verzenden van de stukken aan de Tweede Kamer.

## 3. Kernpunten

- In het coalitieakkoord is aangegeven dat het kabinet het verplicht eigen risico in de Zvw slimmer zal vormgeven en betaalbaarder zal maken. Een onderdeel hiervan is de invoering van een maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg. De Kamerbrief beschrijft de maatregel op hoofdlijnen. Het totaalbedrag aan verplicht eigen risico dat men per kalenderjaar kan gebruiken, blijft overigens tot en met 2025 staan op € 385.
- De introductie van een maximum bedrag van € 150 in de medisch-specialistische zorg maakt het verplicht eigen risico effectiever doordat mensen minder snel en minder vaak het verplicht eigen volmaken en tegelijk langer kostenbewust zijn. Zorgvragers worden zo langer gestimuleerd om na te denken of gebruik van de behandeling noodzakelijk is, of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden en of dat mogelijk een minder vergaande behandeling volstaat.
- Naar verwachting gaan ongeveer 1 miljoen verzekerden gemiddeld € 100 minder eigen risico betalen dan nu het geval is, terwijl er geen verzekerden zijn die méér verplicht eigen risico gaan betalen. Ook heeft de maatregel een drukkend effect op de nominale premie, doordat minder

<sup>1</sup> TK 2021-2022, 35925-XVI, nr. 170

zorgkosten worden gemaakt door het grotere remgeldeffect. De maatregel levert vanaf 2025 jaarlijks € 200 miljoen op en draagt zo bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

- In de brief wordt verder aangegeven dat het vrijwillig eigen risico behouden blijft en dat wordt verkend of de invoering van maximumbedragen per prestatie ook een meerwaarde heeft in andere sectoren van de curatieve zorg. In het voorjaar van 2023 wordt de Kamer over die verkenning geïnformeerd.

**Datum**

12 januari 2023

**Kenmerk**

3498847-1042297-Z

#### **4. Toelichting**

##### *a. Draagvlak politiek*

Deze maatregel is afgesproken in het coalitieakkoord en de uitwerking is in lijn de onderliggende financiële uitwerking. In de financiële bijlage bij het coalitieakkoord werd ook uitgegaan van een maximum bedrag van €150 per dbc.

##### *b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie*

Wijzigingen in de eigen risico-systematiek zullen tot vragen leiden bij verzekerden. Voorafgaand aan de invoering per 1 januari 2025 zal een gezamenlijke informatiecampagne vanuit de overheid, zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden gestart.

##### *c. Financiële en personele gevolgen*

De maatregel leidt per saldo tot lagere zorgkosten van circa € 200 miljoen per jaar vanaf 2025.

##### *d. Juridische aspecten haalbaarheid*

Wijziging van de systematiek van het eigen risico op de hiervoor beschreven wijze vergt aanpassing van het Besluit zorgverzekering. Zo spoedig mogelijk na de toezending van deze brief aan uw Kamer start ook de internetconsultatie van deze wijziging. Het streven is om de wijziging van het Besluit zorgverzekering uiterlijk in het tweede kwartaal van 2023 bij beide Kamers der Staten-Generaal voor te hangen, om het vervolgens in het najaar van 2023 voor advies aan te bieden aan de Afdeling advisering van de Raad van State. Streefdatum voor publicatie in het Staatsblad is 1 januari 2024.

##### *e. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)*

De conceptbrief is intern afgestemd met de directies WJZ, FEZ, CZ, PZO, en interdepartementaal met FIN, EZK, J&V, SZW. De uitwerking van de maatregel en de tekst van de brief zijn besproken met Zorgverzekeraars Nederland, Nederlandse vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van Universitaire Centra, Patiëntenfederatie, de Consumentenbond en de Nederlandse Zorgautoriteit. Formele reactie van de veldpartijen wordt verwacht tijdens de internetconsultatie van het AMvB.

##### *f. Gevolgen administratieve lasten*

Deze effecten worden meegenomen bij het AMvB.

##### *g. Toezeggingen*

Welke toezeggingen worden afgedaan?

- Motie 29689-1152 van kamerlid Paulusma (D66) over stappen om de spreiding van het eigen risico zo snel mogelijk in te laten gaan.

- Toezegging 10400: In die hoofdlijnenbrief zal ik ook ingaan op de verkenning van de afrekening van het eigen risico ggz.
- Toezegging 10486: De minister van VWS zegt toe in het najaar 2022 de Kamer te informeren over de wijziging van het verplicht eigen risico en vooruitlopend daarop ontvangt de Kamer medio maart 2022 de verkenning van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over de afrekening van het verplicht eigen risico in de ggz in relatie tot de invoering van het zorgprestatie-model.
- Toezegging 10689: In het najaar van 2022 ontvangt de Kamer een brief over de hoofdlijnen van de andere vormgeving van het eigen risico.

**Datum**

12 januari 2023

**Kenmerk**

3498847-1042297-Z

Welke nieuwe toezeggingen worden gedaan?

- In de brief wordt de volgende toezegging opgenomen: "Ik zal met de Minister voor Langdurige Zorg en Sport nader onderzoeken of verbreding van het gebruik van maximum bedragen per prestatie in andere sectoren van de curatieve zorg wenselijk is. De bevindingen zullen we in het voorjaar van 2023 aan uw Kamer sturen."

*h. Fraudetoets*

Dit zal worden meegenomen bij het AMvB.

**5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden**

*a. Motivering*

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.