

Wijzigingen eigen risico basisverzekering en eigen bijdrage Wmo

Voor zowel het eigen risico voor de basisverzekering als de eigen bijdrage Wmo staat een aantal wijzigingen op stapel. In dit nieuwsitem lichten wij de huidige stand van zaken nader toe.

1. Eigen risico basisverzekering | 'Slimmer en betaalbaarder'

In de Voorjaarsnota 2023 lag een stapsgewijze verhoging van het eigen risico naar €485 [op tafel](#), maar hiervan is afgezien. Hierdoor blijft het eigen risico ook in 2024 en 2025 gehandhaafd op €385. Ook wordt een maatregel getroffen waardoor mensen minder snel het eigen risico volmaken.

1.1 De '€150-regeling'

In onze [Prinsjesdag-nieuwsbrief](#) noemden we het al: het eigen risico wordt 'slimmer en betaalbaarder'. In een [Kamerbrief](#) is inmiddels toegelicht wat dit betekent:

- Iemand die gebruik maakt van ziekenhuiszorg ('[medisch-specialistische zorg](#)', MSZ) krijgt per keer maximaal €150 euro van het verplicht eigen risico in rekening gebracht:
 - o Ziekenhuiszorg: een declarabele prestatie in de vorm van een dbc-zorgproduct of overig zorgproduct (ozp). De geriatrische revalidatiezorg kent ook dbc's en daarom wordt ook hiervoor een maximumbedrag verkend.
 - o Per keer: een nieuwe behandeling later in het jaar betekent weer (maximaal) €150.
 - o Maximaal: als het tarief voor de behandeling lager is dan €150 geldt dit lagere bedrag.

Deze regeling geldt niet voor een eventueel gekozen vrijwillig eigen risico (een keuze die overigens niet mogelijk is binnen de Gemeentepolis). Door de maatregel gaan volgens VWS ongeveer 1 miljoen verzekerden €100 minder eigen risico per jaar betalen.

In een voorbeeld geeft VWS aan hoe de €150-regeling in de praktijk uitwerkt bij iemand met alleen een verplicht eigen risico:

- *Een verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost €500. Er wordt geen vervolgd-dbc geopend. Daarnaast gebruikt de verzekerde voor een andere aandoening voor €100 aan geneesmiddelen. De verzekerde heeft geen vrijwillig eigen risico.*
- *Huidige systematiek: De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van €385 vol met de behandeling van de dermatoloog.*
- *Nieuwe systematiek: In de nieuwe systematiek maakt de verzekerde het verplicht eigen risico niet direct met de behandeling van de dermatoloog vol. Hij betaalt €150 euro voor de behandeling bij de dermatoloog en €100 voor de geneesmiddelen. Hij betaalt minder eigen risico en is bij vervolgzorg kostenbewuster omdat ook daar nog een betaling van het eigen risico wordt gevraagd.*

1.2 Alleen voor ziekenhuiszorg

Voor de duidelijkheid: de €150-regeling geldt alleen voor ziekenhuiszorg (MSZ) en dus niet voor [alle zorg](#) in de basisverzekering. Maar voor bepaalde basiszorg is geen [eigen risico](#) verschuldigd. Om inzichtelijk te maken voor welke zorg uit het basispakket eigen risico is verschuldigd (en hoeveel) hebben we in **Bijlage 1** onder dit nieuwsbericht een tabel opgenomen.

1.3 Impact voor chronisch zieken en Gemeentepolis

Chronisch zieken hebben vaak meerdere dbc's per jaar en gebruiken ook andere zorg zoals geneesmiddelen en hulpmiddelen (zie tabel bijlage 1). Voor veel van hen zal de maatregel daarom betekenen dat zij het volledige eigen risico alsnog vol zullen maken. Mede daarom is

door de Patiëntenfederatie Nederland [gepleit](#) voor onder meer verlaging van het verplicht eigen risico en afschaffing van het vrijwillig eigen risico.

Binnen de Gemeentepolis is zoals aangegeven nooit sprake van een vrijwillig eigen risico. Maar chronisch zieken met een Gemeentepolis zullen naar verwachting ook met deze nieuwe regeling toch vaak hun eigen risico blijven volmaken. Regelingen zoals gespreide betaling en verzekering van het eigen risico binnen de Gemeentepolis blijven daarom van belang. Wat de nieuwe regeling mogelijk betekent voor de premie van de verzekering van het eigen risico binnen de Gemeentepolis is nog niet bekend.

2. Eigen bijdrage Wmo | Indexering & inkomensafhankelijkheid

In een recente Kamerbrief ([link](#)) is een aantal naderende aanpassingen in de eigen bijdrage Wmo beschreven.

2.1 Indexering

Het huidige abonnementstarief van €19 per maand wordt met ingang van 2024 **geïndexeerd** vanwege de gestegen kosten. Het nieuwe bedrag is nog niet bekend, maar de verhoging zal op basis van CPI plaatsvinden.

Minima zonder Gemeentepolis die een eigen bijdrage Wmo (huishoudelijke hulp) betalen zullen door de indexering een hogere eigen bijdrage gaan betalen per 2024 (behalve wanneer hun gemeente [minimabeleid CAK](#) voert). De eigen bijdrage huishoudelijke hulp maakt onderdeel uit van het verzekerde pakket van de Gemeentepolis, waardoor de impact van de verhoging voor deze verzekerden beperkt zal zijn.

2.2 Inkomensafhankelijkheid

Vervolgens wordt de eigen bijdrage Wmo met ingang van 2026 **inkomensafhankelijk** gemaakt. Dit geldt voor alle Wmo-voorzieningen waarop het abonnementstarief van toepassing is, dus niet alleen voor de huishoudelijke hulp. Invoering was beoogd per 2025, maar dit moment is inmiddels met een jaar opgeschoven naar 2026.

Het eerdere wetsvoorstel zag alleen op huishoudelijke hulp, maar wordt nu Wmo-breed ingevoerd. Daarom volgt een nieuw wetsvoorstel. Indien hierin dezelfde lijn wordt gevolgd als in het eerdere voorstel betekent dit dat inkomens tot 185% van het sociaal minimum een eigen bijdrage van €19 (plus indexering) opgelegd krijgen. Hierboven wordt deze geleidelijk hoger naarmate het inkomen hoger wordt tot maximaal €255 per maand. In de jaarlijkse analyse van het verzekerde pakket van de Gemeentepolis wordt ook deze vergoeding beoordeeld.

Bij vragen of opmerkingen over dit nieuwsitem kun je contact opnemen met je regiomanager.

PS Wil je geen relevante informatie missen? Volg ons dan op [LinkedIn](#). Ook daar posten we regelmatig interessante artikelen.

Bijlage 1. Overzicht: Volledig eigen risico van toepassing?

Zoals hiervoor duidelijk werd is de €150-regeling straks alleen van toepassing op ziekenhuiszorg (MSZ). Dit roept de vraag op voor welke zorg uit de basisverzekering nog de systematiek geldt die we nu kennen, waarbij eenmalig zorggebruik kan leiden tot het volmaken van het hele eigen risico van €385.

Om die vraag te beantwoorden hebben we onderstaande tabel gemaakt. Hierin staat: 1) welke zorg in de basisverzekering zit en 2) of deze onder het eigen risico valt (en zo ja, of de €150-regeling gaat spelen).

Zorgsoort basisverzekering (meer info)	Valt onder het eigen risico?
Farmaceutische zorg (o.a. medicijnen)	Ja
Geneeskundige GGZ	Ja
Geriatrische revalidatiezorg	Ja (mogelijk onderdeel max. €150-regeling)
Huisartsenzorg (incl. GLI)	<i>Nee</i>
Hulpmiddelen	Ja
Ketenzorg (chronisch zieken)	<i>Nee</i>
Kindzorg (0-18 jaar)	<i>Nee</i>
Kraamzorg	<i>Nee</i>
MSZ (ziekenhuiszorg)	Ja (invoering max. €150-regeling)
Mondzorg en tandarts	Ja
Paramedische zorg (o.a. fysiotherapie)	Ja
Verblijf	Ja
Verloskundige zorg	<i>Nee</i>
Vervoer	Ja
Wijkverpleging	<i>Nee</i>
Zintuiglijk gehandicaptenzorg	Ja
Zorg en buitenland	Ja

Hiernaast gelden de volgende uitzonderingen op het eigen risico: zorg- en reiskosten bij orgaandonatie, nationale bevolkingsonderzoeken (bijvoorbeeld naar borstkanker), de griepvaccinatie en zorg uit de aanvullende verzekering.