



Adviescollege —
toetsing regeldruk

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw M. Agema, MA
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Onze referentie

MvH/RvZ/AH/bs/ATR3658/2025-U017

Uw referentie

Datum

30 januari 2025

Onderwerp

Wijziging van de Zorgverzekeringswet en het Besluit zorgverzekeringen in verband met het verlagen en trancheren van het eigen risico

Geachte mevrouw Agema,

Op 17 december 2024 is de *wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verlagen van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 en de wijziging van het Besluit zorgverzekeringen in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico* voor advies voorgelegd aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR).

Context

De Zorgverzekeringswet kent sinds 2008 een verplicht eigen risico. Een verzekerde betaalt in 2025 de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf. Dat geldt voor de in nadere regelgeving benoemde kosten. 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 kunnen blijven.
- Kostenbewustzijn en zogenaamd remgeldeffect: verzekerden worden zich bewuster van de kosten voor zorg. Verzekerden worden namelijk gestimuleerd na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden.
- Draagvlak voor solidariteit: het eigen risico vraagt wat extra aan de mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de zorg. Dit draagt bij aan het behoud van het draagvlak voor de hoge mate van risico- en inkomenssolidariteit.

Contact:

Postbus 16228
2500 BE DEN HAAG

Bezoekadres: Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG

info@atr-regeldruk.nl
www.adviescollegeregeldruk.nl

Tel: 070-310 86 66

Met de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico betaalt een verzekerde vaak al het gehele verplicht eigen risico bij de eerste keer in elke nieuw zorgjaar dat hij medisch-specialistische zorg gebruikt. Dit heeft de volgende nadelen:

- Het vooruitzicht van een rekening van € 385,- kunnen mensen als een hoge drempel ervaren en kan ertoe leiden dat zij afzien van zorg.
- 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 bezig te zijn met hun zorggebruik. Het remgeldeffect valt dan dus al na één behandeling (en mogelijk al vroeg in het jaar) weg.

Het eigen risico is onderdeel van een uitermate complex geheel van wetten en regels waarin de financiering van het zorgstelsel is vastgelegd. Het Nederlandse zorgstelsel kent naast het verplicht eigen risico bijvoorbeeld ook een vrijwillig eigen risico, de eigen bijdrage voor geneesmiddelen en hulpmiddelen, de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage, zorgtoeslag en andere centrale en ook decentrale inkomensondersteunende regelingen.

Inhoud

Beschreven maatregelen en doelstellingen

De toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit beschrijven de politieke ambitie van het kabinet in het hoofdlijnenakkoord (onderstreping ATR): *"Het kabinet wil het verplicht eigen risico in 2027 meer dan halveren, namelijk tot het niveau van € 165,- om zo een mogelijke financiële drempel voor zorg te verlagen voor mensen die zorg nodig hebben, zoals langdurig en chronisch zieken. Ook wil het kabinet het verplicht eigen risico per 2027 trancheren op een bedrag van maximaal € 50,- per behandelprestatie in de medisch- specialistische zorg."*¹ De toelichting op de wet vervolgt: *"De regering maakt zich in het bijzonder zorgen om de (ervaren) financiële toegankelijkheid van zorg voor mensen die veel zorg nodig hebben (zoals langdurig en chronisch zieken) en mensen met een zorgvraag die moeite hebben om rond te komen."*² Door de tranchering *"hoeven mensen minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico te betalen als de kosten voor medisch-specialistische zorg € 165,- of meer bedragen. De tranchering leidt tot een verdere verlaging van de uitgaven aan het eigen risico voor circa 900.000 Nederlanders. Tegelijk wordt het 'remgeldeffect' van het verplicht eigen risico verlengd."*³ De toelichting op het besluit beschrijft het doel van wet en besluit breder: *"gelijkwaardigere toegang tot zorg voor iedereen"*.⁴

Beschreven probleemanalyse

De toelichting op het wetsvoorstel beschrijft het probleem dat met de maatregelen moet worden opgelost als volgt. Het eigen risico stimuleert mensen kostenbewust te zijn. De toelichting beschrijft dat hierdoor *"sommige verzekerden mogelijk minder of op een later moment zorg*

¹ Memorie van toelichting, p. 1.

² Idem, p. 3.

³ Idem, p. 3; zie ook nota van toelichting, pag. 3 onder subkopje 3a 'doelstelling besluit'. Het college begrijpt de maatregelen zo dat de verlaging en tranchering van het eigen risico een gezamenlijk doel hebben (de financiële toegankelijkheid van de zorg) en dat de tranchering ook nog een eigen doel heeft (remgeldeffect). Het college komt tot deze conclusie door bijvoorbeeld de (context rondom de) woorden "verdere verlaging" en "tegelijk" zoals in de tekst onderstreept, en "daarnaast" zoals genoemd in de nota van toelichting op p. 3 onder subkopje 3a.

⁴ Nota van toelichting, p. 3.

[gebruiken]”.⁵ Deze zorgmijding is een gewenst effect van het eigen risico als het niet-noodzakelijke zorg betreft, maar een ongewenst effect als het noodzakelijke zorg betreft. De toelichting beschrijft dat het *“moeilijk [is] aan te geven in welke mate beide effecten optreden”* en stelt de vraag *“is het afzien van zorg vooral een gewenst effect of vooral een ongewenst effect?”* De toelichting geeft geen antwoord op deze vraag. Zij meldt alleen dat uit onderzoek enkel blijkt dat *“in de praktijk beide effecten optreden”*.⁶ In het beleidskompas bij de wet (onder 1c) wordt daarnaast genoemd dat *“niet bekend [is] of [het] [remgeld]effect groter (of kleiner) is voor mensen met een laag inkomen versus mensen met een hoog inkomen.”*

De toelichting beschrijft verder dat volgens onderzoeksbureau Nivel zo’n 10% van de mensen om financiële redenen zorg mijdt. Het gaat daarbij om het mijden van zowel noodzakelijke zorg als niet-noodzakelijk zorg. Uit verdiepend onderzoek van Nivel naar de groep mensen die afzien van zorg om financiële redenen, zou voorts blijken dat *“mensen die aangeven moeite te hebben met rondkomen vaker afzien van zorg vanwege de kosten, dan mensen die dat niet hebben. Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en mensen met een matige of slechte gezondheid geven ook vaker aan dat ze afzien van zorg”*.⁷

De toelichting op het ontwerpbesluit beschrijft voor de trancheringsmaatregel daarnaast nog als probleem dat de huidige vormgeving van het eigen risico ertoe leidt dat verzekerden vaak het gehele verplichte eigen risico al moeten betalen bij de eerste keer in het jaar dat zij medisch-specialistische zorg gebruiken. Hierdoor voelen mensen de rest van het jaar geen financiële prikkel meer om bewust na te denken over hun zorggebruik; het remgeldeffect valt weg.

Beschreven effecten

De toelichtingen beschrijven de effecten van de verlaging en tranchering van het eigen risico voor de individuele burger. In deze effecten zijn de stijging van de nominale premie en de zorgtoeslag meegenomen. Uit deze beschrijving volgt dat mensen die hun verplicht eigen risico:

- A. volledig betalen en zorgtoeslag ontvangen er € 115,- op vooruitgaan;
- B. volledig betalen en geen zorgtoeslag ontvangen er € 51,- op vooruitgaan;
- C. niet volledig betalen en zorgtoeslag ontvangen er € 135,- op achteruitgaan; en
- D. niet volledig betalen en geen zorgtoeslag ontvangen er € 199,- op achteruitgaan.⁸

De toelichtingen maken echter niet duidelijk om hoeveel verzekerden het in deze vier categorieën gaat en in hoeverre de effecten beoogd zijn voor deze vier groepen. De toelichtingen vermelden wel dat het kabinet voornemens is burgers te compenseren door een verlaging van de inkomstenbelasting. Het is (nog) niet duidelijk wat die compensatiemaatregel precies inhoudt en wat de effecten ervan zijn voor de genoemde groepen burgers.

⁵ Memorie van toelichting, p. 2.

⁶ Idem, p. 2 en 3.

⁷ Idem, p. 3. Zie in dit verband ook de Kamerbrief van de minister VWS, kenmerk 4019834-1076280-Z, d.d. 16 december 2024. Deze brief meldt dat uit het verdiepend onderzoek blijkt dat mensen tussen de 18 tot 39 jaar vaker afzien van zorg dan mensen van 40+. Niet duidelijk is in welke mate de groep 18-39 jaar samenvalt met de groep mensen die minder gezondheidsklachten hebben (<https://open.overheid.nl/documenten/6e445277-82ef-4ff2-9bbe-efd3f63de4da/file>).

⁸ Memorie van toelichting, p. 4 en nota van toelichting, p. 9.

Toetsingskader

ATR beoordeelt de regeldrukgevolgen van wet en besluit aan de hand van het volgende toetsingskader:

1. Nuloptie (nut en noodzaak): is er een taak voor de overheid en is wetgeving 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

Probleemanalyse

Op basis van voorgaande inhoudelijke beschrijving constateert het college dat de verlaging en tranchering van het eigen risico zijn gericht op zorgmijding door (ervaren) financiële drempels door mensen die (veel) zorg nodig hebben, zoals langdurig en chronisch zieken, en mensen die financieel gezien moeilijk kunnen rondkomen. Het college merkt op dat in de toelichting op het wetsvoorstel ook genoemd wordt dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden om financiële redenen zorg mijden. De toelichting maakt niet duidelijk waar die laatste groep moet worden geplaatst, want deze groep valt niet per sé onder langdurig en chronisch zieken of onder mensen die financieel niet kunnen rondkomen.

Verder maakt de toelichting niet duidelijk wat de omvang van het probleem is. Onduidelijk is hoeveel zorg er wordt gemeden en door wie. De toelichting beschrijft slechts dat "sommige verzekerden mogelijk minder of op een later moment zorg [gebruiken]".⁹ Daarbij is niet bekend of dit remgeldeffect zich meer voordoet bij mensen met een hoog of laag inkomen.¹⁰ Ook wordt zorg door meer groepen om financiële redenen gemeden dan enkel de mensen die moeite hebben om financieel rond te komen. Het zou ook mensen betreffen met een matige of slechte gezondheid, mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en mensen in de leeftijd tussen 18 en 39 jaar. Het college merkt daarbij op dat langdurig en chronisch zieken niet expliciet worden genoemd bij de mensen die zorg mijden. Daarnaast is niet bekend in welke mate ongewenste zorgmijding voorkomt. Volgens de toelichting op het wetsvoorstel is enkel bekend dat er zowel gewenste als ongewenste zorgmijding voorkomt. De meerwaarde van de voorgestelde maatregelen ten opzichte van al bestaande maatregelen (voor langdurig en chronisch zieken en mensen die moeite hebben met rondkomen) is ook onduidelijk. De toelichting beschrijft weliswaar dat bestaande financiële ondersteuningsmaatregelen op zowel centraal als decentraal niveau als van verzekeraars de (ervaren) financiële drempel niet voldoende kunnen wegnemen, maar maakt niet duidelijk wat de resterende drempel is of wat de reden is dat die maatregelen niet voldoende werken.

De toelichting bij het ontwerpbesluit beschrijft daarnaast dat mensen geen verdere financiële prikkel meer voelen om bewust na te denken over hun zorggebruik als zij het verplicht eigen risico al moeten betalen bij de eerste keer in het jaar dat zij medisch-specialistische zorg gebruiken. Het college merkt op dat ook hier niet duidelijk is wat de omvang van het probleem

⁹ Memorie van toelichting, p. 2.

¹⁰ Beleidskompas bij de wet onder 1c.

is. Niet bekend is namelijk in welke mate ongewenste zorgmijding voorkomt. Volgens de toelichting wordt met de tranchering (mede) beoogd dat mensen langer kostenbewust blijven en daardoor minder vaak niet-noodzakelijke zorg afnemen. Verder beschrijft de toelichting niet duidelijk wat precies (de omvang van) de doelgroep is.

Het college constateert dat de toelichtingen de doelgroepen van de maatregelen niet duidelijk afbakenen en geen beeld geven van de omvang van de problemen die met de maatregelen moeten worden opgelost. Daardoor ontbreekt een heldere en eenduidige probleemanalyse.

1.1 Het college adviseert in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit eenduidige en heldere probleemanalyses op te nemen, met daarin een duiding van de aard en de omvang van de problematiek en de doelgroep(en).

Doelstellingen

Zoals in het voorgaande is aangegeven, geven de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit geen duidelijk beeld van de problemen die moeten worden opgelost door de verlaging en de tranchering van het eigen risico. De aard van de maatregelen lijkt erop te zijn gericht om de zorg financieel toegankelijker te maken voor mensen die veel zorg nodig hebben, zoals langdurig en chronisch zieken, en voor mensen met een zorgvraag die moeite hebben om financieel rond te komen. Zo beschrijft de toelichting op het ontwerpbesluit het doel als "*gelijkwaardigere toegang tot zorg voor iedereen*", maar niet duidelijk is wanneer dit beschreven beleidsdoel is verwezenlijkt.¹¹

De tranchering heeft verder tot doel het kostenbewustzijn (remgeldeffect) te verlengen, maar ook hierbij is niet aangegeven wanneer dit doel is gerealiseerd. Voor concretisering van dit doel is inzicht nodig in de omvang van de gewenste en ongewenste zorgmijding.

Het gevolg van de onduidelijkheid met betrekking tot de beoogde doelen is ook dat de maatregelen uit het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit niet goed kunnen worden geëvalueerd.

1.2 Het college adviseert eenduidige, toetsbare en begrijpelijke doelen in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit op te nemen.

1.3 Het college adviseert een evaluatiebepaling op te nemen in het wetsvoorstel en in het ontwerpbesluit.

Mate van doelbereik

Gelet op het voorgaande is het ook niet goed mogelijk om te bepalen of de voorgestelde maatregelen het gewenste effect hebben op de mate van zorgmijding. Ook is niet duidelijk wat het effect van de tranchering van het eigen risico zal zijn op het remgeldeffect. Een onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) uit 2020 laat in dit verband weliswaar zien dat tranchering een positieve invloed zou hebben op het remgeldeffect.¹² Het college merkt op dat in dit onderzoek

¹¹ Nota van toelichting, p. 3.

¹² CPB (2020), *Zorgkeuzes in kaart 2020*, zie <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020>. De toelichting op de wet verwijst expliciet naar dit onderzoek uit 2020 voor de gedragseffecten van het eigen risico.

het eigen risico tussen € 360,- en € 885,- per jaar bedroeg en het trancheringsbedrag tussen € 90,- en € 150,- per diagnose-behandelcombinatie (dbc). De vraag is of de onderzoeksuitkomsten direct mogen worden vertaald naar de situatie met een eigen risico van € 165,- en een trancheringsbedrag van € 50,-. Mogelijk hebben deze lagere bedragen een geringer effect op de beslissingen van mensen.

1.4 Het college adviseert in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de mate van doelbereik van de maatregelen nader te onderbouwen.

2. Minder belastende alternatieven

Gelet op het ontbreken van concrete doelstellingen en heldere probleemanalyses, is het niet goed mogelijk om te beoordelen of er mogelijk minder belastende alternatieven zijn voor de verlaging en tranchering van het eigen risico. De toelichting bij het wetsvoorstel beschrijft dat is overwogen om maatregelen te nemen die specifiek zijn gericht op de doelgroepen langdurig en chronisch zieken. Hiervan is afgezien, omdat deze doelgroepen niet goed zijn gedefinieerd en afgebakend. Het college merkt hierbij op dat de toelichting op de wet beschrijft dat *“er inkomensondersteunende regelingen [zijn] die een (gedeeltelijke) tegemoetkoming bieden in de meerkosten van specifieke groepen, zoals chronisch zieken en gehandicapten of op basis van inkomen.”*¹³ De toelichting maakt niet duidelijk waarom de voorgestelde maatregelen niet aangrijpen op deze regelingen.

De verlaging van het eigen risico is generiek van aard. Dit doet de vraag rijzen of en zo ja welke andere generieke maatregelen zijn overwogen (zoals bijvoorbeeld wijzigingen in de zorgtoeslag). De toelichting bij het wetsvoorstel geeft hierover geen uitsluitsel.

De toelichting bij het ontwerpbesluit vermeldt dat er verschillende alternatieven zijn overwogen. Niet duidelijk is hoe deze alternatieven zijn gewogen. Ook hierdoor kan niet worden vastgesteld of het minder belastende alternatieven betreft en waarom daar niet voor is gekozen.

3. Werkbaarheid

Burgers

De toelichting op het wetsvoorstel geeft aan dat de verlaging van het eigen risico naar € 165,- weinig vraagt van burgers omdat registratie en declaratie van zorg bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars plaatsvindt. De hoogte van het eigen risico is bovendien vaker gewijzigd. Het college merkt daarbij op dat met de voorgestelde maatregel een substantiële wijziging is beoogd in de vorm van meer dan halvering van het eigen risico. Deze wijziging zal naar verwachting meer gevolgen hebben voor burgers dan een reguliere indexering. Bovendien vertoont de maatregel samenhang met andere maatregelen die dit kabinet wil treffen, zoals de verhoging van de zorgtoeslag en een verlaging van de inkomstenbelasting. Dit maakt het voor burgers moeilijker om inzicht te krijgen in hun nieuwe situatie en te begrijpen hoe zij het beste kunnen handelen. Het is bijvoorbeeld de vraag of mensen begrijpen dat door een verlaging van het eigen risico met € 220,- per jaar, zij er € 135,- per jaar op achteruit kunnen gaan. De toelichting vermeldt dat een gerichte informatievoorziening voorafgaand aan de inwerkingtreding verzekerden bekend moet maken met de maatregel. Niet duidelijk is hoe die informatievoorziening de maatregel werkbaar (doenlijk) maakt voor burgers. Het ligt daarom in de rede om inzichtelijk te

¹³ Memorie van toelichting, p. 3.

maken of de voorgestelde maatregelen te begrijpen en te doen zijn, bijvoorbeeld met behulp van een doenvermogenstoets. Het ligt daarbij ook in de rede om in deze toets de tranchering mee te nemen. Als mensen de tranchering en de gevolgen ervan voor hun situatie niet goed begrijpen, bestaat de kans dat de beoogde verlenging van het remgeldeffect niet zal plaatsvinden óf dat mensen vaker ten onrechte zorg zullen mijden.

3.1 Het college adviseert in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogenstoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn.

Bedrijven (zorgaanbieders en zorgverzekeraars)

In de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit is de werkbaarheid voor bedrijven voldoende beschreven. In de toelichting bij het wetsvoorstel staat dat de maatregel weinig vraagt van bedrijven. De hoogte van het verplicht eigen risico is al vaker gewijzigd en daarnaast wordt de systematiek van het verplicht eigen risico met deze maatregel niet gewijzigd. De maatregel in het ontwerpbesluit vergt van zorgverzekeraars dat zij hun ICT-systemen, administratie en informatievoorziening aanpassen aan het innen van het nieuwe eigen risico. Ook zullen de uitvoeringslasten voor hen beperkt toenemen. Verder zal vooral voorafgaande aan de inwerkingtreding van de maatregel en in het eerste jaar rekening moeten worden gehouden met meer vragen van verzekerden. Zorgaanbieders zullen vooral in het eerste jaar rekening moeten houden met meer vragen van verzekerden. Aannemelijk is dat zij hiertoe voldoende in staat zijn. De werkbaarheid voor bedrijven geeft daarom geen aanleiding tot opmerkingen.

4. Gevolgen regeldruk

Regeldrukberekening van de wet

De toelichting op het wetsvoorstel vermeldt dat er geen gevolgen voor de regeldruk zijn voor burgers omdat het slechts een wijziging van de hoogte van het eigen risico betreft die al eerder plaatsgevonden heeft. De toelichting gaat daarmee voorbij aan het feit dat de wijziging van het eigen risico substantieel is. Bovendien wordt zij in samenhang met andere maatregelen genomen, binnen een al zeer complex geheel van wetten en regels. Mensen moeten voor hun eigen situatie in kaart brengen wat deze wijziging voor hen betekent.¹⁴ Dit vergt veel meer van burgers dan bij een reguliere indexering het geval is. Dat betekent dat de daarmee samenhangende regeldruk ook groter is. Deze regeldrukgevolgen moeten nog in beeld worden gebracht.

4.1 Het college adviseert in de toelichting bij het wetsvoorstel de regeldrukgevolgen in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek.

De toelichting bij het wetsvoorstel vermeldt dat er geen gevolgen voor de regeldruk zijn voor bedrijven. De hoogte van het eigen risico is al eens eerder gewijzigd en de systematiek van het

¹⁴ Ter illustratie: langdurig en chronisch zieken betalen hun eigen risico (bijna) altijd volledig en kunnen dat (automatisch) gespreid over het jaar doen. De tranchering lijkt dus geen meerwaarde te hebben voor deze groep die een doelgroep lijkt van de verlaging en tranchering van het eigen risico waar het de financiële toegankelijkheid betreft. Langdurig en chronisch zieken krijgen echter door de tranchering wel vaker een factuur binnen, waar zij steeds iets mee moeten zonder dat zij dus een voordeel hebben van de tranchering.

eigen risico verandert niet. Anders dan voor burgers zullen de eenmalige kennisnemingskosten voor bedrijven beperkt zijn. De beschrijving ervan geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

Regeldrukberekening van het besluit

De maatregelen in het ontwerpbesluit leiden tot een toename van de regeldruk voor zowel burgers als bedrijven (zorgaanbieders en zorgverzekeraars).

- De toename van de regeldruk voor burgers is geraamd op € 12,2 miljoen. Dit bedrag bestaat voor € 11,3 miljoen uit eenmalige kennisnemingskosten en voor € 0,9 miljoen aan het contact opnemen met zorgverzekeraars of zorgaanbieders voor advies over de nieuwe systematiek van het eigen risico.
- De toename van de regeldruk voor zorgverzekeraars wordt geraamd op € 4,2 miljoen. Dit bedrag bestaat voor € 2,8 miljoen uit het aanpassen van ICT-systemen en informatievoorzieningen en voor € 1,4 miljoen uit het adviseren van burgers over de nieuwe systematiek van het eigen risico.
- De toename van de regeldruk voor zorgaanbieders wordt geraamd op € 0,9 miljoen voor het adviseren van burgers over de nieuwe systematiek van het eigen risico.

De beschrijving en berekening van de regeldrukgevolgen in de toelichting bij het ontwerpbesluit geven geen aanleiding tot opmerkingen.

Dictum

Gelet op bovengenoemde bevindingen is het eindoordeel ten aanzien van de voorstellen:

Het wetsvoorstel niet indienen en het ontwerpbesluit niet vaststellen.

Het college benadrukt dat dit dictum geen oordeel is over de wenselijkheid van het nemen van maatregelen waarmee de zorg toegankelijker wordt en minder zorg ongewenst wordt vermeden. Het dictum geeft aan dat de maatregelen onvoldoende zijn onderbouwd om goed afgewogen besluitvorming mogelijk te maken.

Het college verwacht u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Het verzoekt u eventueel aangepaste versies van de voorstellen aan ATR toe te sturen, zodat het college kan beoordelen of een aanvullende zienswijze opportuun is.

Hoogachtend,

w.g.

M.A. van Hees
Voorzitter

R.W. van Zijp
Secretaris