Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2025–2026

36 943 Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 19 juni 2026

Inhoudsopgave

I.	**Algemeen deel**	**1**
1.	Inleiding	3
2.	Financiering van de zorg en (kosten)ontwikkelingen	11
3.	Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven	18
4.	Gevolgen voor verzekerden	43
5.	Europese aspecten	52
6.	Uitvoering en regeldruk	52
7.	Budgettaire gevolgen	55
8.	Advies en consultatie	61
9.	Gevolgen voor Caribisch Nederland	65
10.	Inwerkingtreding en communicatie	65
II.	**Artikelsgewijze toelichting**	**68**
III.	**Ontwerpbesluit houdende tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg (tranches van € 150)**	**69**

I. Algemeen deel

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het onderhavige wetsvoorstel. Ik dank de fracties van de VVD, PRO, PVV, CDA, JA21, BBB, SGP, PvdD, ChristenUnie en SP voor hun inbreng.

Graag ga ik hieronder in op de gestelde vragen. Daarbij wordt de volgorde van het verslag aangehouden. De vragen zijn cursief weergegeven. Omdat de fractie van GroenLinks-PvdA inmiddels de fractie PRO is, zijn in de vragen verwijzingen naar GroenLinks-PvdA wel aangepast in verwijzingen naar PRO.

kst-36943-6
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2026

*De leden van de **PvdD-fractie** kunnen het wetsvoorstel niet steunen. Een verhoging van het eigen risico vergroot volgens de leden de financiële drempel tot noodzakelijke zorg en treft juist de meest kwetsbaren in de samenleving het hardst. Dit staat haaks op het uitgangspunt dat zorg toegankelijk en solidair georganiseerd moet zijn. Het getuigt volgens de leden van een simplistisch wereldbeeld om te veronderstellen dat meer «kostenbewustzijn» en daarmee een gehoopte «remmende werking op het gebruik van zorg» de problemen in de zorg gaat oplossen. Tot slot constateren deze leden dat burgers, zorgaanbieders en belangenverenigingen voor patiënten waarschuwen dat een hoger eigen risico zal leiden tot uitgestelde zorg. Zorg die later alsnog in zwaardere vorm terugkomt. Zij vragen daarom of de regering heeft doorgerekend tot hoeveel hogere kosten deze uitgestelde zorg in de toekomst leidt, en hoe de regering de kosten van uitgestelde zorg wil gaan monitoren.*

Allereerst hecht het kabinet eraan om er op te wijzen dat het verplicht eigen risico in de Zvw twee hoofddoelen kent: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en kostenbewustzijn creëren. Met name het eerste doel zorgt ervoor dat er voor iedereen een lagere nominale premie kan worden gevraagd. Daarnaast stimuleert het eigen risico kostenbewustzijn, waarbij het kabinet de zorg van de PvdD deelt dat dit niet voor iedereen de gewenste uitwerking heeft. Om die reden is het ook belangrijk dat aan financieel kwetsbare mensen en chronisch zieken en gehandicapten gerichte financiële ondersteuning te bieden. Het kabinet heeft middelen vrijgemaakt voor verdere specifieke financiële ondersteuning. De weging over de inzet daarvan vindt uiterlijk in augustus plaats, waarna het kabinet de Kamer zal informeren.

De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn in 2020 onderzocht en beschreven door het Centraal Planbureau (CPB). Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van dit wetsvoorstel.

Het CPB heeft een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het door hem gebruikte model.[1] In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid kan verslechteren en hij later alsnog meer zorg gebruikt en hogere zorgkosten maakt. Dit effect wordt deels meegenomen in het model, omdat het gebruik mogelijk tot uiting komt in de totale kosten van zorg op korte termijn. Het is op basis van het model niet mogelijk om inzicht te krijgen in het aandeel verschuiving naar duurdere zorg. Het inzichtelijk maken van verschuiving naar duurdere zorg is complex omdat er bijvoorbeeld niet altijd een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen een bepaalde zorgvraag en het mijden van zorg eerder in de tijd.

Het CPB doet momenteel onderzoek 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 kan meer inzicht geven in zorgmijding.

---

[1] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

1. Inleiding

*De leden van de **PRO-fractie** lezen dat een van de vier richtinggevende principes van het kabinet «solidair zorgstelsel» is. Kan worden toegelicht hoe de verhoging van het eigen risico bijdraagt aan een solidair zorgstelsel, want mensen die zorgbehoevend zijn gaan zelf meer bijdragen? Draagt dit volgens de regering bij aan risicosolidariteit en/of aan inkomenssolidariteit? Kan de regering aangeven hoe deze pijlers zich autonoom ontwikkelen met een verhoging van het eigen risico? Verbetert of verslechtert de risicosolidariteit en inkomenssolidariteit?*

De verhoging van het eigen risico vermindert de risicosolidariteit iets. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen. De verhoging van het eigen risico draagt dus bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel.

Naast het verhogen van het eigen risico kiest de regering er ook voor om het eigen risico te trancheren. Deze tranchering van het eigen risico is een besparing, hoe kan het dan toch bijdragen aan toegankelijkheid van de zorg? Dat het geld op levert, betekent toch per definitie dat het een extra drempel is voor de toegang tot zorg? Kan de regering nader toelichten op basis waarvan zij verwacht dat het effect van de tranchering sterker zal doorwerken in een lager beroep op de zorg dan in een afname van de opbrengsten uit het eigen risico?

Het verplicht eigen risico dient twee doelen: medefinanciering van de zorg en het bevorderen van kostenbewustzijn, waardoor onnodig zorggebruik wordt geremd. Met de huidige vormgeving van het eigen risico betaalt een verzekerde bij gebruik van medisch specialistische zorg echter vaak al het gehele eigen risico bij de eerste zorgvraag. Daardoor maakt een verzekerde bij een volgende zorgvraag niet meer de afweging of de zorg (op dat moment) nodig is. De tranchering grijpt in op beide nadelen: de financiële drempel per zorgvraag wordt verlaagd naar maximaal € 150, terwijl het kostenbewustzijn langer wordt gestimuleerd doordat het eigen risico niet langer al na de eerste zorgvraag direct vol wordt gemaakt. De zorgvrager maakt dan bij vervolg zorgvragen bewuster de afweging of en in hoeverre de zorg (op dat moment) nodig is. De besparing is daarmee niet het gevolg van een hogere drempel, maar van een langer werkzaam kostenbewustzijn gedurende het gehele jaar. Bij tranchebedragen van € 150 is het remgeldeffect groter dan de gederfde inkomsten aan eigen risico.

De tranchering van het eigen risico en de verhoging van het eigen risico worden in samenhang behandeld, terwijl al duidelijk was- en is dat ze niet tegelijkertijd worden ingevoerd. De tranchering van het eigen risico kan immers pas per 2028 worden ingevoerd. Dit roept de vraag op waarom beide toch gelijktijdig worden behandeld en of een latere invoering van de tranchering van het eigen risico wel of niet leidt tot het uitstellen van een verhoging van het eigen risico? Kan de regering hier onomwonden op antwoorden?

De Kamer heeft bij motie van het lid Synhaeve c.s. (Kamerstukken II, 2025/2026, 36 800 XVI-106) verzocht om het wetsvoorstel verhoging eigen risico en het ontwerpbesluit tranchering eigen risico te bundelen, zodat de wet- en regelgeving voor de verhoging en de tranchering in samenhang kunnen worden bezien en behandeld. In reactie op deze motie heeft het kabinet aangegeven dat de twee maatregelen niet gebundeld kunnen worden in één voorstel, maar wel het belang ziet van het behandelen van de twee maatregelen in samenhang. De Kamer kan echter afzonderlijk besluiten over deze voorstellen. Ook de ingangsdatum is in beide voorstellen afzonderlijk geregeld.

Kan de regering eveneens precies aangeven wanneer zij voor het eerst geïnformeerd is, dan wel signalen heeft ontvangen, over het feit dat de tranchering van het eigen risico pas per 2028 in kan gaan?

Op 30 juni 2023 is de algemene maatregel van bestuur (amvb) tot «Tranchering eigen risico in de medisch-specialistische zorg» (Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1206) voorgehangen en later controversieel verklaard. Daarbij is ook in zowel de amvb als in de Kamerbrieven over dit voorstel toegelicht dat de invoering van deze maatregel één jaar voorbereidingstijd voor de zorgverzekeraars vergt. Door de controversieelverklaring hebben de zorgverzekeraars de uitwerking van de tranchering indertijd niet ter hand genomen. Hetzelfde geldt overigens voor de tranchering op € 50 van het kabinet Schoof. Nu het kabinet Jetten tranches van € 150 wil invoeren, zullen de zorgverzekeraar alsnog de voorbereidingen moeten treffen om dat te doen. Gezien zowel de benodigde doorlooptijd voor de voorhang en de advisering van de Afdeling advisering van de Raad van State evenals het benodigde jaar invoeringstijd is het daarom niet eerder dan 2028 mogelijk om de tranchering van het verplicht eigen risico in werking te laten treden. Hier heeft het kabinet ook rekening mee gehouden in de budgettaire bijlage bij het Coalitieakkoord.

Dat de tranchering van het eigen risico pas later in kan gaan dan de verhoging van het eigen risico is al langer bekend. Kan de regering aangeven of zij indien er een politieke meerderheid zou zijn voor de verhoging van het eigen risico dit conform het coalitieakkoord voornemens zou zijn om per 2027 in te voeren in de wetenschap dat de tranchering pas een jaar later in zou kunnen gaan?

Dit is inderdaad het voornemen. De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn noodzakelijk, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico.

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat het verplicht eigen risico naar huidige inzichten stijgt van € 385 in 2026 naar € 455 in 2027. Zij vragen de regering te bevestigen dat dit voor verzekerden die het verplicht eigen risico volledig volmaken neerkomt op € 70 extra in één jaar. Hoeveel volwassen verzekerden zullen naar verwachting in 2027 het volledige verplicht eigen risico betalen en kan de regering dit uitsplitsen naar leeftijd, inkomen, zorgtoeslag, chronische aandoening en meerjarig zorggebruik?*

Volgens huidige inzichten stijgt het verplicht eigen risico van € 385 naar € 455 in 2027. Dit komt overeen met een stijging van € 70. In 2027 betalen naar verwachting 7,3 miljoen mensen het volledige verplicht eigen risico. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd en huishoudinkomen wel beschikbaar voor het jaar 2022, wat indicatief kan zijn voor 2027. Op basis van CBS-microdata is

gekeken hoeveel personen in 2023 zorgtoeslag ontvingen en het verplicht eigen risico vol maakten, en hoeveel personen in meerdere opeenvolgende jaren het verplicht eigen risico vol maken, hetgeen als indicator is gehanteerd van meerjarig zorggebruik. De resultaten staan in onderstaande tabel. Uitsplitsing naar chronische aandoening is niet mogelijk omdat er geen eenduidige definitie is voor chronische ziekte.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.545.300
Tot AOW-leeftijd	4.123.700
AOW-leeftijd of ouder	2.421.500
Minder dan 20.000 euro	189.500
20.000 tot 30.000 euro	818.500
30.000 tot 40.000 euro	793.100
40.000 tot 50.000 euro	610.400
50.000 tot 75 000 euro	1.155.800
75.000 tot 100.000 euro	893.300
100.000 euro en meer	2.066.200
Inkomen onbekend	18.500
Ontvanger zorgtoeslag	2.987.900
3 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2019–2021)	4 miljoen
5 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2017–2021)	3 miljoen
7 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2015–2021)	2,5 miljoen
10 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2012–2021)	2 miljoen

[1] Door afronding kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

Deze leden vragen hoe de regering verantwoordt dat de rekening juist wordt verhoogd voor mensen die zorg nodig hebben. Kan de regering daarbij ingaan op ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking? Hoe weegt de regering hierbij dat nog onderzoek loopt naar het niet opvolgen van verwijzingen van de huisarts en naar de financiële en niet-financiële redenen van zorgmijding?

Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen (zoals ouderen en chronisch zieken). Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

Om meer inzicht te krijgen in zorgmijding doet het Centraal Planbureau (CPB) momenteel onderzoek 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 redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding en zo nodig betrokken worden bij het verder aanscherpen van gericht beleid.

Er zijn op dit moment namelijk al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om op korte termijn in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, en analyseert bij wie de maatregelen cumuleren en

hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

Tot slot zorgt de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg ervoor dat 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 mogelijke ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan.

De leden van de PVV-fractie wijzen daarnaast op het recente Nivel-onderzoek. Hoe kijken verzekerden naar een mogelijk verhoogd eigen risico? Daaruit blijkt dat zeven procent van de verzekerden bij een eigen risico van € 385 een belemmering verwacht om noodzakelijke zorg te gebruiken, tegenover zestien procent bij een eigen risico van € 460. Verzekerden met een matige of slechte ervaren gezondheid, een netto huishoudinkomen lager dan € 2.300 per maand en mensen die schulden maken of hun spaarmiddelen moeten aanspreken, verwachten vaker zo'n belemmering. Hoe weegt de regering deze uitkomsten bij het voorstel om het eigen risico te verhogen?

Eigen betalingen zorgen voor medefinanciering, dragen bij aan de houdbaarheid van solidariteit en kostenbewustzijn. Maar we moeten ook waken voor de negatieve effecten, zoals het afzien van medisch noodzakelijke zorg. In het antwoord op de vorige vraag van de leden van de PVV-fractie is daar nader op ingegaan. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 2 van de memorie van toelichting dat het verplicht eigen risico naar huidige inzichten uitkomt op € 395 door indexering en vervolgens met € 60 wordt verhoogd naar € 455. Kan de regering concreet uiteenzetten waarom juist voor een aanvullende verhoging van € 60 is gekozen? Welke alternatieve bedragen zijn overwogen en welke criteria zijn gebruikt om te bepalen dat dit bedrag de juiste balans oplevert tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?*

Als het verplicht eigen risico sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw, dan zou het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zijn uitgekomen op € 535. Dat is € 150 hoger dan het daadwerkelijke verplicht eigen risico van € 385 in 2026. Met de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico wil het kabinet het eigen risico weer meer laten aansluiten bij het niveau van de zorguitgaven, wat zal leiden tot meer medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben en meer kostenbewustzijn. Het kabinet is van mening dat deze keuze tot een betere balans leidt tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 3 van de memorie van toelichting dat de verhoging en de tranchering een onderlinge afhankelijkheid kennen en daarom in samenhang worden behandeld. Kan de regering toelichten waarom de verhoging al per 2027 ingaat, terwijl de tranchering pas per 2028 wordt ingevoerd?

De verhoging van het verplicht eigen risico is een aanpassing van de hoogte van het bedrag, die de zorgverzekeraars eenvoudig in hun systemen kunnen doorvoeren. Dit hebben zorgverzekeraars vaker gedaan en deze aanpassing vraagt geen wijzigingen in de ICT. De tranchering van het verplicht eigen risico vraagt minimaal een jaar voorbereidingstijd, omdat de tranchering een complexe maatregel is in de uitvoering door de zorgverzekeraars. Het vergt onder andere forse aanpassingen in de ICT-systemen.
De verhoging van het verplicht eigen risico en de tranchering van het verplicht eigen risico zijn in de uitvoering niet afhankelijk van elkaar, maar kunnen beleidsmatig en financieel wel in samenhang worden bezien.
De Kamer heeft bij motie van het lid Synhaeve c.s. (Kamerstukken II, 2025/2026, 36 800 XVI-106) verzocht om het wetsvoorstel verhoging eigen risico en het ontwerpbesluit tranchering eigen risico te bundelen, zodat de verhoging en tranchering in samenhang kan worden bezien en behandeld. In reactie op deze motie heeft het kabinet aangegeven dat de twee maatregelen niet gebundeld kunnen worden in één wetsvoorstel, maar wel het belang ziet van het behandelen van de twee maatregelen in samenhang.

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering bereid is een integraal tijdpad te geven voor de verhoging, de indexering, de communicatie en de verdere besluitvorming over de tranchering. Kan de regering daarbij aangeven op welke momenten de Kamer nog materieel invloed kan uitoefenen op de vormgeving van de tranchering?

De vaststelling van de nominale premies voor de zorgverzekeringen en de toekenning van de risicovereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars geschiedt volgens een zorgvuldig en strak omlijnd proces, dat al in het najaar van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de premies en risicovereveningsbijdragen gaan gelden, van start gaat.

Uiterlijk op 12 november van het jaar voor het kalenderjaar waarvoor ze moeten gaan gelden, stellen de zorgverzekeraars de nominale premies voor hun zorgverzekeringen vast. Daarvoor dienen zij te weten hoeveel risicovereveningsbijdrage zij over dat kalenderjaar van het Zorginstituut toegekend zullen krijgen. Het Zorginstituut moet daartoe op zijn beurt weten wat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is dat het over dat kalenderjaar kan toekennen. Daarom is in de Zvw bepaald dat dit totaalbedrag voor 1 oktober van het jaar voor het kalenderjaar bij ministeriële regeling wordt vastgesteld.

Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

Het voornemen is om het ontwerpbesluit tot tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg eind september voor advies voor te leggen bij de Afdeling advisering van de Raad van State. Verwacht wordt dat de Afdeling advisering van de Raad van State de maanden oktober en november 2026 nodig heeft voor het uitbrengen van advies. Het nader rapport zal dan in december 2026 kunnen worden opgesteld, waarna de amvb eind 2026 of begin 2027 in het Staatsblad zal kunnen worden gepubliceerd. De inwerkingtredingsdatum voor de tranchering is 1 januari 2028. Met dit tijdpad hebben de zorgverzekeraars dus – zoals zij vragen – (bijna) een vol jaar (namelijk 2027) om de tranchering te implementeren. Dat jaar zal ook worden gebruikt voor een het verzorgen van voldoende voorlichting over de tranchering.

De Tweede Kamer kan via een motie oproepen om wijzigingen door te voeren in de vormgeving van de tranchering van het eigen risico.

Kan de regering reflecteren op de stelling dat het verhogen van het eigen risico de rekening nadrukkelijk neerlegt bij mensen die pech hebben in hun gezondheid en dat dit wringt met het principe van solidariteit waarop ons zorgstelsel juist gebaseerd is? De leden van de ***BBB-fractie*** *lezen daarnaast dat de regering stelt dat tranchering de toegankelijkheid van zorg zou verbeteren. Deze leden vragen de regering of hiermee niet impliciet wordt erkend dat een hoog eigen risico daadwerkelijk een zorgdrempel vormt.*

De verhoging van het eigen risico draagt bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

Met de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg 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 inderdaad 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 (op dat moment) nodig en passend is. Zo geven we het eigen risico slimmer vorm.

Tegelijk moet er oog blijven voor financieel kwetsbare mensen waar het eigen risico kan leiden tot ongewenste zorgmijding van zorg die wel nodig is op dat moment. Dit doen we in Nederland met gerichte financiële ondersteuning, zoals met zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Dit kabinet wil deze gerichte ondersteuning verbeteren en is daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de ***SGP-fractie*** *constateren dat de tranchering pas vanaf 1 januari 2028 in werking treedt vanwege de tijd die zorgverzekeraars nodig hebben voor de invoering. De regering geeft in de toelichting echter zelf aan dat er sprake is van een onderlinge afhankelijkheid tussen de verhoging van het eigen risico en de tranchering. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de verhoging en de tranchering gelijktijdig in te laten gaan, door ofwel de verhoging uit te stellen, ofwel door de tranchering alsnog eerder in te voeren.*

De maatregelen kennen geen afhankelijkheid van elkaar in de uitvoering waardoor ze tegelijk zouden moeten worden ingevoerd. De tranchering van het verplicht eigen risico vraagt meer voorbereidingstijd dan het wijzigen van de hoogte van het verplicht eigen risico. Om die reden treedt het wetsvoorstel verhoging eigen risico per 2027 in werking en de amvb

tranchering per 2028. In de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord is hier rekening mee gehouden.
De Kamer heeft bij motie van het lid Synhaeve c.s. (Kamerstukken II, 2025/2026, 36 800 XVI-106) verzocht om het wetsvoorstel verhoging eigen risico en het ontwerpbesluit tranchering eigen risico te bundelen, zodat de verhoging en tranchering in samenhang kan worden bezien en behandeld. In reactie op deze motie heeft het kabinet aangegeven dat de twee maatregelen niet gebundeld kunnen worden in één wetsvoorstel, maar wel het belang ziet van het behandelen van de twee maatregelen in samenhang.

Door de verhoging al per 2027 in te voeren en de tranchering pas in 2028 wijzigt de systematiek in korte tijd twee keer. De leden van de SGP-fractie wijzen erop dat zorgverzekeraars in hun brief van 28 januari 2025 al aangaven dat voorspelbaarheid ten aanzien van het eigen risico voor verzekerden belangrijk is. Zij vragen de regering hierop te reflecteren.

De systematiek van het verplicht eigen risico wordt met dit wetsvoorstel niet gewijzigd. Met het trancheren van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg verandert de systematiek wel. In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding van de tranchering per 2028 zal er daarom gerichte informatievoorziening plaatsvinden om verzekerden bekend te maken met de maatregel en goed uit te leggen hoe de tranchering in de praktijk werkt. Deze informatievoorziening wordt opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de totstandkoming worden verschillende doelgroepen betrokken, zodat de communicatie begrijpelijk is en zoveel mogelijk mensen zal bereiken.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben de zorg dat de verhoging van het eigen risico gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg. Nederland heeft een langdurig opgebouwd stelsel waarin het altijd belangrijk is geweest dat de toegankelijkheid voor alle inkomensgroepen gegarandeerd is.*
De leden van de ChristenUnie-fractie zien de meerwaarde van de voorstellen tot tranchering. Daarbij merken ze op dat de regering schrijft dat enerzijds de drempel tot (medisch-specialistische) zorg wordt verhoogd (door verhoging van het verplicht eigen risico) en anderzijds volgens de regering de drempel wordt verlaagd door invoering van de tranchering. De leden van de ChristenUnie-fractie wat nu het doel van de regering is voor de drempel en op welke criteria de regering dat baseert. Zij vragen bovendien hoe de regering reflecteert op de gevolgen van beide voorstellen in het licht van de effecten van de financiële drempel op de afname van zorg. Zij vragen of de regering voor specifieke doelgroepen zorgen heeft, zo ja, hoe dat wordt gemonitord en zo nee, waarom niet.

Het verplicht eigen risico kent twee hoofddoelen: medefinanciering en kostenbewustzijn. Via medefinanciering dragen zorggebruikers zelf een deel van hun kosten, wat een lagere nominale premie voor iedereen mogelijk maakt. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden bewuster af te wegen of zorg (op dat moment) noodzakelijk is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies – het zogenoemde remgeldeffect. Onderzoek laat zien dat eigen bijdragen in de zorg ook kunnen leiden tot uitstel of afzien van medisch noodzakelijke zorg. Dit komt met name vaker voor bij bepaalde kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie.
Het is daarom belangrijk om mensen zoveel mogelijk gericht te ondersteunen. Bijvoorbeeld door zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis waarin vaak een herverzekering voor het eigen

risico is opgenomen. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over het beter inzetten van de gemeentepolis.
De tranchering van het verplicht eigen risico leidt ertoe dat het verplicht eigen risico slimmer wordt ingezet: de drempel is zowel verlaagd als verlengd, waardoor het *effect* van het eigen risico op het kostenbewustzijn wordt verlengd. 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 ontwikkeling met betrekking tot zorgmijding wordt reeds gemonitord. Onder andere door het Nivel, dat daarbij ook kijkt naar specifieke kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie en chronisch zieke en gehandicapte mensen.

*De leden van de **SP-fractie** benadrukken dat dit besluit de drempel voor mensen om medisch noodzakelijke zorg te gebruiken verhoogt. Bovendien worden de kosten van de zorg disproportioneel worden neergelegd bij mensen die de pech hebben om ziek te worden. Waarom kiest de regering niet voor het vergroten van de solidariteit, in plaats van deze af te breken?*

De verhoging van het eigen risico draagt bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om voor de zorg van anderen te betalen, kunnen afnemen.

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering schrijft «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)». Ziet de regering zelf ook niet de absurditeit van die zin in? Waarom erkent de regering niet gewoon dat zij hiermee bewust de solidariteit van ons zorgstelsel afbreken, om geld vrij te maken voor militarisering? Is deze onzin echt nodig?

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico. Het eigen risico zorgt namelijk voor medefinanciering, waardoor aan iedereen een lagere premie kan worden gevraagd. Verder creëert het kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Daarnaast draagt de verhoging van het eigen risico bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezond Nederland om voor de zorg van anderen te betalen, kunnen afnemen.
De hervormingen in de zorg, waaronder de verhoging van het verplicht eigen risico, zijn zoals toegelicht noodzakelijk om de zorg houdbaar en toegankelijk te houden, en passen ook in het beleid van dit kabinet om verstandig om te gaan met de collectieve uitgaven.

De leden van de SP-fractie stellen dat dit besluit ook het vertrouwen in de politiek kan beschadigen. Eerst werd beloofd om het eigen risico te verhogen, vervolgens beloofde tijdens de verkiezingscampagne een meerderheid van de huidige Tweede Kamer om het op zijn minst te bevriezen en nu volgt er een verhoging die groter is dan die door enige partij in de doorrekening van het CPB was meegenomen. Hoe legt de regering dit uit aan de Nederlandse kiezer?

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk om de zorg goed en toegankelijk te houden. Eén van de maatregelen hiervoor is het verhogen van het verplicht eigen risico. Onze zorg is gebouwd op solidariteit. Gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van burgers die ziek zijn of langdurig afhankelijk zijn van zorg en ondersteuning. Mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen met een laag inkomen, terwijl we onder andere via de zorgtoeslag de zorg betaalbaar houden voor mensen met lagere inkomens. En we ondersteunen mensen met weinig geld die te maken hebben met een stapeling van zorgkosten. We betalen veel samen, en als je daadwerkelijk zorg of ondersteuning gebruikt, past daar ook een eigen financiële bijdrage bij. Zo houden we de zorgkosten beheersbaar en zorgen we ervoor dat gezonde mensen ook in de toekomst solidair willen blijven met mensen die zorg nodig hebben. Het kabinet realiseert zich dat in de afgelopen periode over het eigen risico verschillende ideeën gespeeld hebben. Dit kabinet stelt voor het eigen risico te verhogen en weer jaarlijks te indexeren. Daarmee komt er voor de komende jaren duidelijkheid.

2. Financiering van de zorg en (kosten)ontwikkelingen

Het eigen risico wordt verhoogd met € 60 en tevens geïndexeerd met € 10, wat een totale verhoging van € 70 is, zo constateren de leden van de ***PRO-fractie****. Kan nader worden toegelicht waarom € 70 een geschikt bedrag is voor de verhoging? Waarom gaat een verhoging van € 70 precies het gewenste effect van minder zorgconsumptie bewerkstelligen volgens de regering en kan de regering kwantificeren welk effect er verwacht wordt inzake de geschetste uitdagingen in de zorg waar de verhoging van het eigen risico een zogenoemd antwoord op zou zijn?*

Als het verplicht eigen risico sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw, dan zou het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zijn uitgekomen op € 535. Dat is € 150 hoger dan het daadwerkelijke verplicht eigen risico van € 385 in 2026. Met de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico wil het kabinet het verplicht eigen risico weer meer laten aansluiten bij de het niveau van de zorguitgaven, wat zal leiden tot meer medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben en meer kostenbewustzijn. Het kabinet acht dat deze keuze tot een betere balans leidt tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Voor welke problemen is het verhogen van het eigen risico een oplossing en kan de regering precies en met een afrekenbaar doel zeggen welk probleem in welke mate opgelost dient te worden? Kan de regering eenduidig met ja of nee beantwoorden of de verhoging van het eigen risico en het bedrag van € 70 wel of niet enige samenhang heeft met financiële opgaven?

De verhoging van het eigen risico is onderdeel van een pakket aan maatregelen dat het kabinet neemt om de zorg klaar te maken voor de toekomst. Het probleem waar Nederland voor staat is dat de zorg vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt een steeds groter beslag legt op een

beroepsbevolking, die nauwelijks toeneemt, evenals een steeds groter beslag op de collectieve uitgaven die volgens het CPB zonder aanvullend beleid toenemen van 9,5% in 2025 naar bijna 17% van het bbp in 2060. Om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden, kiest het kabinet voor hervormingen, waaronder een hoger verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich niet mee ontwikkeld met de kosten van de zorg. Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd ook afgenomen. Als het eigen risico met de inflatie zou zijn meegestegen, dan zou het eigen risico in 2026 naar schatting € 535 bedragen en zou de zorgpremie jaarlijks circa € 100 lager zijn. Dit kabinet acht het wenselijk om het verplicht eigen risico weer mee te laten bewegen met de ontwikkeling van de zorgkosten en kiest daarom voor een verhoging (naast indexering) van € 60. Juist om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen en om ervoor te zorgen dat de zorgpremie minder hard stijgt. Daarnaast kiest het kabinet ervoor het eigen risico in de medisch-specialistische zorg op € 150 per behandeling te maximeren. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg en het kostenbewustzijn werkt langer door. De hervormingen in de zorg, waaronder de verhoging van het verplicht eigen risico, zijn noodzakelijk om de zorg houdbaar en toegankelijk te houden, en passen ook in het beleid van dit kabinet om verstandig om te gaan met de collectieve uitgaven.

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat het verplicht eigen risico volgens de regering dient voor medefinanciering en kostenbewustzijn. Zij vragen de regering in gewone taal uiteen te zetten wie financieel voordeel heeft van dit voorstel en wie erop achteruitgaat. Klopt het dat mensen die weinig of geen zorg gebruiken kunnen profiteren van een lagere premie, terwijl mensen die hun eigen risico volmaken erop achteruitgaan? Hoe verhoudt dit zich tot solidariteit tussen gezonde mensen en mensen die ziek zijn?*

Verzekerden die het verplicht eigen risico niet vol maken hebben inderdaad het meeste profijt van het verhogen van het verplicht eigen risico, omdat zij niet meer eigen risico maar wel een lagere nominale premie gaan betalen. Deze groep omvat naar verwachting 7,5 miljoen mensen. Mensen die hun verplicht eigen risico vol maken, gaan er financieel op achteruit. Deze groep, die zeer divers is, omvat naar verwachting 7,3 miljoen mensen. Het kabinet heeft oog voor de groep financieel kwetsbare verzekerden voor wie het eigen risico kan leiden tot ongewenste zorgmijding van zorg die wel nodig is op dat moment. Dit doen we in Nederland met gerichte financiële ondersteuning, zoals met zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Dit kabinet wil deze gerichte ondersteuning verbeteren en is daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De verhoging van het eigen risico draagt bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

Kan de regering inzichtelijk maken welk deel van de geraamde lagere zorguitgaven voortkomt uit het vermijden van niet-noodzakelijke zorg en welk deel mogelijk voortkomt uit het uitstellen of afzien van medisch

noodzakelijke zorg? Als dit onderscheid niet kan worden gemaakt, hoe kan de regering dan met voldoende zekerheid stellen dat de besparing niet ten koste gaat van noodzakelijke zorg?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 3 van de memorie van toelichting dat het verplicht eigen risico twee hoofddoelen heeft, namelijk medefinanciering van de kosten van zorg onder de Zvw en het creëren van kostenbewustzijn. Kan de regering kwantificeren welk deel van de voorgestelde maatregel volgens haar primair ziet op medefinanciering en welk deel op het remgeldeffect?*

De verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, leidt in 2027 naar verwachting tot € 437 mln extra opbrengst van het eigen risico (medefinanciering) en € 613 mln aan lagere zorguitgaven (remgeldeffect).

Kan de regering ook aangeven hoe zij deze twee doelen weegt wanneer zij onderling botsen, bijvoorbeeld wanneer kostenbewustzijn omslaat in ongewenste zorgmijding?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid

zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 4 van de memorie van toelichting dat het eigen risico zonder bevriezing in 2026 naar schatting € 535 zou hebben bedragen en dat de nominale premie dan circa € 100 lager had kunnen worden vastgesteld. Kan de regering inzichtelijk maken hoe de verhouding tussen het verplicht eigen risico en de nominale premie zich naar verwachting ontwikkelt in de jaren 2027 tot en met 2030, zowel mét als zónder tranchering?

Volgens huidige inzichten bedraagt het verplicht eigen risico na indexatie en verhoging € 455 in 2027 en stijgt dit tot € 490 in 2030. De hoogte van het maximumbedrag per prestatie in de medisch-specialistische zorg ontwikkelt zich volgens huidige inzichten van € 150 in 2028 naar € 160 in 2030. De hoogte van de nominale premie ontwikkelt zich volgens huidige inzichten van € 1.991 in 2027 naar € 2.174 in 2030. De genoemde bedragen kunnen nog veranderen door bijvoorbeeld (loon- en prijs)bijstellingen van de zorguitgaven.

Op basis van de huidige verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven ontwikkelt de nominale premie van ongeveer € 1.990 in 2027 naar ongeveer € 2.170 in 2030. Deze bedragen zijn met grote onzekerheid omgeven; de komende maanden komen nog veel realisatiegegevens beschikbaar die van invloed zijn op de verwachte premie. Op Prinsjesdag wordt de definitieve raming voor 2027 bekend gemaakt. De verwachte nominale premie voor de jaren na 2027 wordt doorlopend geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten. De nominale premie wordt uiteindelijk door de verzekeraars zelf vastgesteld.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering invulling geeft aan het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: Raad van State) om te komen tot een consistenter en voorspelbaarder beleid rond het eigen risico. Acht de regering het wenselijk dat burgers en uitvoerders in korte tijd worden geconfronteerd met achtereenvolgens het eerdere voornemen tot verlaging, het huidige voorstel tot verhoging en de aangekondigde tranchering? Hoe wil de regering voorkomen dat de systematiek van het eigen risico steeds opnieuw wijzigt, met alle gevolgen voor vertrouwen, uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid?

De systematiek van het eigen risico is in de Zvw geregeld: in principe wordt het verplicht eigen risico ieder jaar evenredig aan de geraamde stijging van de zorgkosten geïndexeerd. Sinds 2018 is deze systematiek echter niet toegepast. In plaats daarvan is het eigen risico steeds bevroren. Het kabinet Schoof was inderdaad van plan het eigen risico te verlagen. Dit kabinet wil de in de Zvw neergelegde wijzigingssystematiek van het eigen risico weer gewoon toepassen, dat wil zeggen het eigen risico evenredig aan de stijging van de zorgkosten indexeren. Daarnaast wil het kabinet het eigen risico eenmalig met een bedrag van € 60 verhogen, en het eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg eenmalig trancheren. Het is daarbij overigens wel de bedoeling dat het tranchebedrag vanaf 2029 zo zal worden vastgesteld dat het onafgerond 33% van het onafgeronde totaalbedrag aan eigen risico bedraagt. Het kabinet heeft geen verdere plannen tot wijziging van de eigenrisicosystematiek.

*De leden van de **BBB-fractie** lezen dat de regering stelt dat het eigen risico nodig is om premiebetalers solidair te houden met mensen die zorg gebruiken. Deze leden vragen de regering waarop concreet is gebaseerd dat draagvlak voor solidariteit zou afnemen wanneer zorgkosten meer via de premie zouden worden verdeeld. De leden van de BBB-fractie zien deze redenering niet terug als het gaat om uitgaven voor bijvoorbeeld natuurbeleid: verhoging van belastingen om natuurbeleid mee te betalen worden niet in hogere mate neergelegd bij mensen die dat natuurbeleid waarderen. En afnemende solidariteit wordt ook niet als argument aangevoerd wanneer subsidies verstrekt worden aan groeperingen die de overheid met rechtszaken belast. Bij ons zorgstelsel lijkt dit voor het huidige Kabinet echter wel een belangrijk argument. Kan de regering hierop reflecteren?*

Kan de regering tevens reflecteren op het feit dat een premiestijging over miljoenen verzekerden wordt verdeeld, terwijl een verhoging van het eigen risico juist volledig terechtkomt bij mensen die daadwerkelijk zorg nodig hebben?

Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Onderzoek[2] laat zien dat Nederlanders in 2023 bereid waren om gemiddeld iets meer te betalen voor de basisverzekering dan de laagste premie in dat jaar. Een deel van de bevolking wilde echter minder betalen dan de premie in dat jaar. Als het eigen risico niet zou stijgen, dan zou de premie voor de basisverzekering verder stijgen tot een bedrag dat de meeste mensen niet meer zouden willen betalen. En dit zou een negatieve invloed kunnen hebben op het draagvlak voor ons op solidariteit gebaseerde zorgstelsel.

De leden van de BBB-fractie constateren dat ongeveer de helft van de verzekerden het eigen risico volledig betaalt. Kan de regering uitsplitsen hoeveel van deze groep bestaat uit chronisch zieken, ouderen, mensen met een beperking en mensen met lage inkomens?

In 2027 betalen naar verwachting 7,3 miljoen mensen het volledige verplicht eigen risico. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd en huishoudinkomen wel beschikbaar voor het jaar 2022, wat indicatief kan zijn voor

[2] M. Meijer. 2025. Public support for solidarity in healthcare financing in the Netherlands. Insights from the perspective of the insured.

2027. De resultaten staan in onderstaande tabel. Er is in deze tabel geen onderscheid naar mensen met een chronische aandoening gemaakt, omdat er geen eenduidige definitie is van wie chronisch ziek is of een beperking heeft.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.545.300
Tot AOW-leeftijd	4.123.700
AOW-leeftijd of ouder	2.421.500
Minder dan 20.000 euro	189.500
20.000 tot 30.000 euro	818.500
30.000 tot 40.000 euro	793.100
40.000 tot 50.000 euro	610.400
50.000 tot 75.000 euro	1.155.800
75.000 tot 100.000 euro	893.300
100.000 euro en meer	2.066.200
Inkomen onbekend	18.500

[1] Door afronding kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

Voorts lezen deze leden dat de regering het «remgeldeffect» nadrukkelijk als positief presenteert. Kan de regering aangeven hoe onderscheid wordt gemaakt tussen het vermijden van onnodige zorg en het vermijden van noodzakelijke zorg, nu de in memorie van toelichting erkend wordt dat dit onderscheid in de praktijk lastig te maken is?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.
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 geweest. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Het CPB doet momenteel onderzoek 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 redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding. De resultaten van het CPB-onderzoek worden eind 2026 verwacht.

Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat het verhogen van het eigen risico door gebrek aan politiek draagvlak, in tegenstelling tot wat oorspronkelijk was geanticipeerd, is voorkomen. Deze leden vragen de regering hoe, ook gezien de unieke positie van het minderheidskabinet, er deze keer wel politiek draagvlak wordt gerealiseerd voor verhoging van het verplicht eigen risico.*

Uiteraard spant het kabinet zich maximaal in om de benodigde steun te krijgen voor deze maatregel, die een belangrijk onderdeel vormt van een pakket aan maatregelen gericht op het toekomstbestendig maken van onze zorg.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op, net als de Raad van State, dat de hoogte van het verplicht eigen risico de afgelopen jaren onderwerp is geweest van politieke beloften. Het verplicht eigen risico zou worden gehalveerd. Inmiddels is duidelijk dat die belofte nooit van de grond gekomen is. In tegenstelling tot de politieke belofte van enkele jaren terug is de huidige regering voornemens het verplicht eigen risico te verhogen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij de recente geschiedenis op dit onderwerp heeft meegewogen bij het ontwerp van dit wetsvoorstel. Welke overwegingen heeft de regering om deze tournure met deze vaart in te zetten en welk gevolg heeft dit voor het vertrouwen in de politiek, zo vragen deze leden.

Dit kabinet deelt de conclusie van de Afdeling advisering van de Raad van State dat het van belang is om te komen tot een meer consistent en voorspelbaar beleid, en een balans tussen het meefinancieren van de zorg door verzekerden enerzijds en een collectieve financiering door middel van zorgpremies anderzijds. Dit kabinet acht het wenselijk om met het verplicht eigen risico terug te gaan naar de oorspronkelijke bedoeling zoals vastgelegd in de Zvw, namelijk dat het verplicht eigen risico meegroeit met de zorgkostenkostenontwikkeling. Doordat het verplicht eigen risico sinds 2016 € 385 bedraagt, is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd afgenomen en daardoor is ook de balans tussen medefinanciering en collectieve financiering veranderd.

Kan de regering in dit licht ook nader ingaan op het advies van de Raad van State waar met kracht wordt onderstreept dat een consistent en voorspelbaar beleid wenselijk is, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie.

De systematiek van het eigen risico is in de Zvw geregeld: in principe wordt het verplicht eigen risico ieder jaar evenredig aan de geraamde stijging van de zorgkosten geïndexeerd. Sinds 2018 is deze systematiek echter niet toegepast. In plaats daarvan is het eigen risico steeds bevroren. Het kabinet wil de in de Zvw neergelegde wijzigingssystematiek

van het eigen risico weer gewoon toepassen, dat wil zeggen het eigen risico evenredig aan de stijging van de zorgkosten indexeren. Daarnaast wil het kabinet het eigen risico eenmalig met een bedrag van € 60 verhogen, en het eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg eenmalig trancheren. Het is daarbij overigens wel de bedoeling dat het tranchebedrag vanaf 2029 zo zal worden vastgesteld dat het onafgerond 33% van het onafgeronde totaalbedrag aan eigen risico bedraagt. Het kabinet heeft geen verdere plannen tot wijziging van de eigenrisicosystematiek.

Zij vragen bovendien op welke wijze worden mensen voorbereid op een verdere stijging van het verplicht eigen risico na 2027, nu mensen enkele jaren een gelijk bedrag aan verplicht eigen risico hebben moeten betalen?

Verzekerden zullen in het najaar geïnformeerd worden over de nieuwe hoogte van het verplicht eigen risico. Hier ligt ook een rol voor zorgverzekeraars (zie artikel 14 van de Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten, TH/NR-027).

De leden van de **SP-fractie** *lezen dat de regering schrijft dat «de zorguitgaven door het afgenomen kostenbewustzijn [zijn] toegenomen». Waar is deze claim op gebaseerd? In hoeverre is minder uitgestelde zorg hierbij meegenomen?*

Net als bij voorliggend wetsvoorstel, is er bij eerdere wetsvoorstellen tot het bevriezen van het verplicht eigen risico rekening gehouden met het zogenoemde remgeldeffect. In het geval van het bevriezen van het eigen risico, is er rekening mee gehouden dat de zorguitgaven zouden toenemen en zijn de uitgaven hiervoor aangepast. De verwachting dat een relatief lager eigen risico leidt tot minder kostenbewustzijn en dus een lagere financiële prikkel vormt voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik, is gebaseerd op algemene inzichten uit de economische wetenschap dat mensen minder geremd worden in hun consumptie naarmate ze er zelf meer voor moeten betalen.

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

3. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven

De leden van de ***VVD-fractie*** *hechten waarde aan een zorgstelsel waarbij sprake is van risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen. Een van de doelstellingen van het eigen risico is het solidariteitsventiel. Het is daarbij belangrijk dat verzekerden die zelf weinig zorg gebruiken bereid blijven om via hun premie mee te betalen aan de zorg van anderen. De*

leden van de VVD-fractie vragen zich af wat de verwachte invloed is van de verhoging en de tranchering van het eigen risico op het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in het zorgstelsel.

De verwachting is dat de verhoging van het eigen risico bij zal dragen aan het (behoud van het) draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezonde Nederlanders die weinig tot geen zorg gebruiken om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat het remgeldeffect door de jarenlange bevriezing van het verplicht eigen risico is afgenomen. Deze conclusie vinden zij logisch, aangezien het prijspeil in deze periode niet bevroren geweest is. Kan de regering aangeven in welke mate het verplicht eigen risico sinds 2016 is afgenomen? Hoe groot zou het remgeldeffect zijn op het moment dat de wettelijke indexatie elk jaar plaats zou hebben gevonden?

Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd afgenomen. De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 281. De reële waarde is daarmee met 27% afgenomen.

Hoe groot het remgeldeffect van het verplicht eigen risico zou zijn als het verplicht eigen risico de afgelopen jaren wel zou zijn geïndexeerd, is op dit moment niet duidelijk. Voor het remgeldeffect wordt doorgaans aangesloten bij berekeningen van het CPB omdat het CPB een microsimulatiemodel heeft om het remgeldeffect bij verschillende hoogtes van eigen risico door te kunnen rekenen. Dit model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. Een beleidsoptie waarbij het verplicht eigen risico sinds 2016 wel zou zijn geïndexeerd, is door het CPB niet doorgerekend.

De leden van de VVD-fractie lezen dat de eigen bijdragen in de Zvw en Wet langdurige zorg (Wlz) in Nederland op twaalf procent liggen, hetgeen in Europees perspectief relatief laag is. Kan de regering aangeven of de verhoging van het eigen risico dit percentage verandert? Graag hierin ook verdisconteren dat het verhogen van het eigen risico effect heeft op de hoogte van de nominale premie.

De verwachting is dat door de verhoging van het verplicht eigen risico de eigen bijdragen als aandeel van de totale zorgkosten met iets minder dan 0,5%-punt toeneemt.

De leden van de ***PRO-fractie*** *constateren dat de regering erkent dat het verhogen van het eigen een keerzijde heeft, namelijk dat een drempel opwerpt voor medisch noodzakelijke zorg. Echter wordt er gesteld dat alternatieven lastig uitvoerbaar zijn. Kan de regering nader toelichten welke alternatieven ze precies hebben overwogen en waarom deze alternatieven zijn afgevallen? Welke uitvoeringstoetsen zijn uitgevoerd voor de alternatieve mogelijkheden? Door te stellen dat de alternatieven niet werkzaam zijn, presenteert de regering een verhoging van het eigen risico als een noodzakelijkheid voor de eigen financiële kaders, terwijl het dus een politiek keuze is. Waarom heeft de regering niet gekozen voor*

bijvoorbeeld een verhoging van de vermogensbelasting zodat het eigen risico niet verhoogt hoeft te worden? Is dit overwogen?

Nederland staat voor de opgave dat de zorg een steeds groter beslag legt op een beroepsbevolking die nauwelijks toeneemt, en op de collectieve uitgaven die volgens het CPB zonder aanvullend beleid toenemen van 9,5% in 2025 naar bijna 17% van het bbp in 2060. Dit kabinet vindt het daarom zijn verantwoordelijkheid om de zorg te hervormen. Onderdeel van het pakket aan maatregelen daartoe is het verhogen van het verplicht eigen risico. Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de kosten van de zorg. Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd afgenomen. Dit is niet houdbaar en heeft ook geleid tot een hogere zorgpremie. Tegelijkertijd zet een het personeelstekort in de zorg de toegankelijkheid onder druk. Het verhogen van de vermogensbelasting is geen oplossing voor de problemen in de zorg. De hervormingen in de zorg, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico, passen tevens in een totaalpakket aan maatregelen om verstandig om te gaan met de collectieve uitgaven.
Het kabinet erkent dat het verplicht eigen risico in de zorg zowel voordelen als nadelen heeft. Hoewel het eigen risico onnodige zorg kan beperken, kan het eigen risico ook een drempel vormen voor noodzakelijke zorg, met name voor mensen met lage inkomens, chronisch zieken en gehandicapten. Het kabinet heeft daarom overwogen om het eigen risico te verlagen voor deze groepen of het inkomensafhankelijk te maken, maar dit blijkt niet haalbaar. Hiervoor zijn geen uitvoeringstoetsen uitgevoerd, maar verkenningen gedaan door mijn ministerie. Voor het gericht verlagen van het verplicht eigen risico is gekeken naar de geleerde lessen van de voormalige compensatie van het eigen risico (CER) en de voormalige Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Deze waren onvoldoende effectief, onder andere door het ontbreken van een eenduidige definitie en registratie van chronisch zieken en gehandicapten.

Een inkomensafhankelijk eigen risico vindt dit kabinet niet wenselijk en is bovendien om meerdere redenen complex. De complexiteit en uitvoeringskosten zouden met deze variant significant toenemen, zorgverzekeraars zouden over inkomensgegevens moeten gaan beschikken, of om dat te voorkomen zou de uitvoering via een derde partij moeten lopen. Ook zou rekening moeten worden gehouden met wisselende inkomens, en bezwaar en beroep mogelijk moeten worden gemaakt voor verzekerden die het niet eens zouden zijn met de risicoklasse waarin zij op basis van hun inkomen ingedeeld zouden worden.

Om de bovengenoemde redenen acht het kabinet het wenselijk om het verplicht eigen risico voor iedereen te verhogen en de gerichte financiële ondersteuning van kwetsbare groepen uit te breiden.

Genoemde leden lezen in de memorie van toelichting dat «Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. In de praktijk blijkt het niet goed mogelijk om het onderscheid te maken tussen noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg en daarom is het ook niet duidelijk in welke mate de zorg waarvan wordt afgezien noodzakelijke zorg is. In hoeverre eigen betalingen leiden tot het uitstellen van noodzakelijke zorg en in hoeverre dat leidt tot hogere zorguitgaven op de langere termijn is onvoldoende onderzocht. Er is weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg bij de zorg die werd gemeden» Hoe kan de regering dan stellen dat het remgeldeffect wenselijk is?

Het eigen risico creëert kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Tegelijk moet er oog zijn voor financieel kwetsbare mensen voor wie het eigen risico een drempel kan zijn tot het gebruik van medisch noodzakelijke zorg. Dit doen we in Nederland al met gerichte financiële ondersteuning, zoals met zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Dit kabinet wil deze gerichte ondersteuning verbeteren en is daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de PRO-fractie lezen in de memorie van toelichting over de enveloppe van € 350 miljoen dat «Voor het zomerreces van 2026 van het parlement zullen de inhoudelijke resultaten volgend uit de analyse aan het parlement worden aangeboden.» Is hier al invulling van? Is de verwachting dat € 350 miljoen voldoende is om de nieuwe stapeling aan zorgkosten te compenseren? Graag ontvangen de genoemde leden van de regering een heel precies overzicht van alle debatten waarin de € 350 miljoen genoemd is als compensatie voor bezuinigingen? Voor welke bezuiniging deze € 350 miljoen genoemd is? En hoe groot de omvang van deze bezuiniging is? Graag ontvangen deze leden een gedetailleerd en schematisch overzicht sinds het aantreden van het nieuwe kabinet. Indien dit niet gedetailleerd en schematisch wordt weergegeven, waarom niet? Is de regering dan niet bereidt de Kamer tot in detail hierover te informeren en grondig uit alle voorbereiding en beantwoording en verslagen van Kamer- en commissiedebatten deze informatie te extraheren?
Kan de regering bovendien aangeven voor welke bezuinigingen, voor welke hogere kosten en voor welk inkomensverlies deze € 350 miljoen bedoeld is? Waar is het bedrag van € 350 miljoen op gebaseerd?

De maatregelen op het terrein van zorg en ondersteuning en de enveloppe zijn in diverse debatten aan de orde geweest. Bij het aantreden van het kabinet in het debat over de regeringsverklaring, bij de begrotingsbehandeling van VWS en in diverse debatten daarna. Het kabinet heeft in lijn met de procesbrief in reactie op de motie Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[3] in de diverse debatten aangegeven dat voor de aanwending van de middelen uit de enveloppe integraal gekeken wordt hoe deze in het licht van de samenloop van de diverse maatregelen het best is in te zetten. Daarbij heeft het kabinet reeds aangegeven dat de enveloppe aangewend zal worden voor maatregelen die aangrijpen op de zorgkosten van mensen. Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie Stoffer toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

[3] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

*De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom specifiek is gekozen voor een verhoging van € 60 bovenop de reguliere indexatie. Welke andere bedragen zijn doorgerekend en waarom zijn deze afgevallen?*

Als het verplicht eigen risico sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw, dan zou het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zijn uitgekomen op € 535. Dat is € 150 hoger dan het daadwerkelijke verplicht eigen risico van € 385 in 2026. Met de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico wil het kabinet het eigen risico weer meer laten aansluiten bij het niveau van de zorguitgaven, wat zal leiden tot meer medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben en meer kostenbewustzijn. Het kabinet is van mening dat deze keuze tot een betere balans leidt tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Deze leden lezen dat gerichte ontziening van chronisch zieken en mensen met een beperking volgens de regering niet goed uitvoerbaar is. Welke varianten zijn concreet onderzocht? Waarom kunnen bestaande gegevens over langdurig zorggebruik, geneesmiddelengebruik, meerjarig volmaken van het eigen risico, Wlz-indicaties of Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)-gebruik niet worden benut om kwetsbare groepen gerichter te ontzien?

Het kabinet acht een gerichtere inzet van het eigen risico voor chronisch zieken en mensen met een beperking niet goed uitvoerbaar, omdat er geen eenduidige definitie van chronisch zieken en mensen met en beperking is. Het is dan ook niet goed mogelijk om te regelen voor welke specifiek groep mensen een gerichtere inzet van het eigen risico zal gelden.

Het ontbreken van een definitie was destijds, bij het totstandkoming van de compensatie voor het verplicht eigen risico (CER) en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten al niet haalbaar. Toen is, bij gebrek aan een beter alternatief, het zorggebruik als indicator genomen. Dat leidde tot situaties waarin mensen van wie je gelet op hun meerkosten zou verwachten dat zij een tegemoetkoming zouden krijgen, deze tegemoetkoming niet kregen, en andersom. Op basis van deze lessen uit het verleden ziet het kabinet geen mogelijkheden om het eigen risico aan de hand van gegevens over (langdurig) zorggebruik gerichter in te zetten.

Kan de regering aangeven welke alternatieven buiten het eigen risico zijn onderzocht om de zorg betaalbaar te houden, zoals het verminderen van bureaucratie, overhead, externe inhuur, subsidies, ondoelmatige uitgaven en administratieve lasten in de zorg? Waarom zijn deze alternatieven minder geschikt gevonden dan het verhogen van de rekening voor mensen die zorg nodig hebben?

Het verminderen van administratieve lasten en ondoelmatige uitgaven zijn geen alternatieven voor het verhogen van het verplicht eigen risico, maar een opgave die óók moet gebeuren. In het Integraal Zorgakkoord en het Aanvullende Zorg en Welzijnsakkoord zijn doelen gesteld om de administratieve lasten (meetbaar) te verminderen. Dit is niet voldoende om de grote opgaves waar de zorg voor staat op te lossen. De zorgkosten zijn gestegen, terwijl het verplicht eigen risico niet is meegegroeid. Dit is niet houdbaar en heeft ertoe geleid dat de zorgpremie harder is gestegen. Dit kabinet zet daarom in op het weer laten meebewegen van het verplicht eigen risico met de zorgkostenontwikkeling én op het continueren van de inspanningen om ondoelmatige uitgaven en administratieve lasten te verminderen. Het kabinet acht dit een noodzakelijke maatregel om de zorg

ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden.

*De leden van de **CDA-fractie** vinden het van belang dat de zorg nu, en in de toekomst, betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Door het eigen risico te verhogen en te indexeren wordt een verhoging van de zorgpremies voorkomen en de solidariteit binnen het zorgstelsel behouden. Tegelijkertijd zijn de leden van de CDA-fractie zich ervan bewust dat de effecten die een verhoging van het eigen risico kan hebben op kwetsbare groepen in de samenleving en de drempels die zij ervaren om gebruik te maken van het zorgsysteem. Deze leden vinden het dan ook positief dat via onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) meer inzicht wordt verkregen in zorgmijding en vragen de regering wanneer de resultaten van dit onderzoek worden verwacht en of, en zo ja op welke wijze de regering voornemens de inzichten uit dit onderzoek mee te nemen in het vormgeven van flankerend beleid zodat ook voor kwetsbare groepen de drempel per behandeling beheersbaar blijft.*

De resultaten van het lopende CPB-onderzoek naar het niet opvolgen van een verwijzing door de huisarts worden eind dit jaar verwacht. Uiteraard is het kabinet voornemens om de uitkomsten van het onderzoek zoveel als mogelijk te benutten bij het zo nodig aanscherpen van gericht beleid om ongewenste zorgmijding te voorkomen.

Er zijn op dit moment namelijk al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, en analyseert bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ervoor kiest om waar mogelijk kwetsbare groepen gerichte financiële ondersteuning te bieden. Deze leden vragen de regering dit nader toe te lichten hoe de regering voornemens is dit te gaan doen.

Kwetsbare groepen kunnen via al bestaande regelingen ondersteuning ontvangen als zij moeite hebben hun zorgkosten te betalen. Bekende voorbeelden daarvan zijn de zorgtoeslag, en ook beschikken gemeenten over mogelijkheden, en financiële middelen, om maatwerk te bieden voor mensen met bovengemiddeld veel zorgkosten.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[4] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe

[4] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie-Stoffer en de motie-Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering structureel € 350 miljoen vrijmaakt voor de tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken. Deze leden vinden het positief dat de regering ondersteuning biedt de meest kwetsbare groepen maar zien ook dat huidige ondersteuningsregelingen voor zorgkosten grote en onwenselijke verschillen tussen gemeenten laten zien. Deze leden vragen de regering daarom of zij bindende afspraken met gemeenten gaat maken over de compensatie voor stijgende zorgkosten zodat dat de tegemoetkoming vanaf 2027 terecht komt bij de groep met de meeste zorgkosten.

Het is nog niet bekend hoe de enveloppe van 350 miljoen euro wordt ingevuld en of dit via gemeenten zal lopen. De weging over de inzet van de enveloppe moet nog plaatsvinden. In algemene zin is een van de pijlers van de decentralisaties uit 2015 de beleidsruimte van gemeenten. Dit houdt in dat gemeenten hun beleid kunnen afstemmen op de behoefte en problematiek van de inwoners (lokaal maatwerk). Het kabinet hecht grote waarde aan deze beleidsruimte en het vertrouwen dat daarbij nodig is in de uitvoering door gemeenten. Tegelijkertijd kijkt het kabinet kritisch naar de grote diversiteit die is ontstaan in gemeentelijke regelingen en onderzoekt het waar deze eenvoudiger, effectiever en mogelijk ook gelijker kunnen worden.

Aan de hand van de analyse van de maatregelen uit het coalitieakkoord ga ik met verschillende stakeholders, waaronder de VNG, in gesprek. De gesprekken zullen op korte termijn gestart worden. De weging over de inzet van de enveloppe moet nog plaatsvinden. In hoeverre dit via gemeenten zal lopen en of er eventueel bindende afspraken worden gemaakt, wordt mede bepaald aan de hand van de uitkomsten van de inhoudelijke analyse en gesprekken met stakeholders. Ook zijn er op onderdelen wel al gesprekken met gemeenten. Het kabinet is in een positief en constructief gesprek met VNG en ZN over het beter inzetten van de gemeentepolis.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 6 van de memorie van toelichting dat voor de verhoging van het eigen risico met € 60 rekening is gehouden met een remgeldeffect van € 0,6 miljard per jaar. Kan de regering precies uiteenzetten op welke studies, aannames en rekenmodellen deze raming is gebaseerd? Kan de regering daarbij aangeven in hoeverre deze onderbouwing actueel is en in hoeverre deze rekening houdt met de huidige wachttijden, personeelstekorten en druk op de huisartsenzorg?*

Het verwachte remgeld van circa € 0,6 miljard per jaar is gebaseerd op eerdere berekeningen van het CPB. Het CPB heeft in 2020 een microsimulatiemodel in gebruik genomen, dat is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico in kaart hebben gebracht. Hoewel het model wetenschappelijk is onderbouwd en getoetst, kent het model ook

beperkingen en onzekerheden.[5] Bij de inschatting van het remgeldeffect was het niet mogelijk om rekening te houden met wachttijden, personeelstekorten en druk op huisartsenzorg.

De leden van de JA21-fractie lezen eveneens op pagina 6 van de memorie van toelichting dat eigen betalingen kunnen leiden tot zowel gewenste als ongewenste zorgmijding en dat weinig bekend is over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg bij gemeden zorg. Hoe kan de regering dan met voldoende zekerheid stellen dat de maatregel leidt tot meer passende zorg? Welke indicatoren worden gebruikt om te monitoren of de daling van zorggebruik vooral betrekking heeft op niet-noodzakelijke zorg en niet op medisch noodzakelijke zorg? Kan de regering hierop een uitgebreide toelichting geven?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

Daarnaast doet het CPB momenteel onderzoek 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 redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit

[5] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding. De resultaten van het CPB-onderzoek worden eind 2026 verwacht.

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 7 van de memorie van toelichting dat het CPB onderzoek doet naar het niet opvolgen van verwijzingen door de huisarts. Wanneer worden de resultaten van dit onderzoek verwacht? Waarom wordt het wetsvoorstel al voorgelegd voordat deze resultaten beschikbaar zijn?
Is de regering bereid de Kamer voorafgaand aan verdere behandeling te informeren over de meest recente inzichten over zorgmijding en het niet opvolgen van verwijzingen?

De resultaten van het lopende CPB-onderzoek naar het niet opvolgen van een verwijzing door de huisarts worden eind dit jaar verwacht. 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 redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding.

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk om de zorg goed en toegankelijk te houden. Dit kabinet acht het daarom wenselijk het verplicht eigen risico per 2027 verhogen.

Recent onderzoek van het Nivel laat zien dat zorgmijding vanwege financiële redenen een dalende trend kent. Waar in 2016 nog circa 16% van de bevolking aangaf om financiële redenen (niet alleen het eigen risico) in de voorgaande 12 maanden wel eens heeft afgezien van zorg, is dit vanaf 2016 gedaald tot 6% in 2025.[6] Verdiepend onderzoek door het Nivel laat zien dat kwetsbare groepen mensen, zoals mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid vaker om financiële redenen afzien van zorg.[7] Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gewenste en ongewenste zorgmijding.

Maar de resultaten van dit onderzoek laten wel zien dat we oog moeten houden voor kwetsbare groepen van verzekerden. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinetmiddelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

*De leden van de **BBB-fractie** zien het argument dat verhoging van het eigen risico zou leiden tot vermijden van onnodige zorg als een motie van wantrouwen naar de Nederlandse huisartsen. Zij zijn belast met de taak om onnodige doorverwijzing te voorkomen en de leden van de*

---

[6] *In 2025 heeft 6% van de burgers afgezien van zorg vanwege kosten/Nivel.*
[7] Rapport «Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen», Nivel, 2024.

BBB-fractie hebben alle vertrouwen in die beroepsgroep als het gaat om het vermijden van onnodige zorg. Begrijpt de regering waarom het argument van onnodige zorg dus gezien kan worden als wantrouwen richting de huisartsen en kan zij hierop reflecteren?

Hoeveel onnodige zorg denkt de regering dat er daadwerkelijk geleverd wordt als het eigen risico niet omhooggaat? Als zij kennelijk vindt dat de huisartsen die hiervoor aan de lat staan hun taak onvoldoende uitoefenen, waarom heeft zij hen daarop dan niet aangesproken?

Het kabinet hecht grote waarde aan het goede en belangrijke werk van huisartsen en wil absoluut niet de suggestie wekken dat zij hun taak onvoldoende uitoefenen. Het verplicht eigen risico kent twee hoofddoelen: medefinanciering en kostenbewustzijn. Via medefinanciering dragen zorggebruikers zelf een deel van hun kosten, wat een lagere nominale premie voor iedereen mogelijk maakt. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden daarnaast bewuster af te wegen of zorg (op dat moment) noodzakelijk is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies.

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Daarnaast zouden volgens de regering «onnodige vervolgconsulten of onnodige diagnostiek» worden bekostigd in het huidige systeem. Geeft zij daarmee feitelijk niet aan dat zij de professionaliteit van alle artsen in Nederland in twijfel trekt? Is de regering van mening dat artsen onnodige diagnostiek aanvragen? En gebeurt dat volgens de regering kennelijk op zo'n grote schaal dat mensen met hogere zorgkosten aan de lat moeten staan om dat op te vangen door meer voor hun zorg te betalen?

Het kabinet trekt de professionaliteit van artsen in Nederland niet in twijfel. Het eigen risico zorgt voor medefinanciering, waardoor aan iedereen een lagere premie kan worden gevraagd. Verder creëert het kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Dit kabinet wil van passende zorg en ondersteuning de norm maken. Daartoe komt het kabinet met een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving. Het kabinet vraagt hierbij van iedereen een bijdrage zodat voor iedere burger passende zorg er is als dat nodig is, ook in de toekomst. Van beroepsbeoefenaren wordt hierbij verwacht dat zij duidelijk zijn over welke zorg passend is en welke zorg niet en dat zij alleen nog passende zorg verlenen. Ook vraagt het iets van zorggebruikers zelf en haar omgeving. Het kabinet wil dat zij op basis

van goede informatie beter zelf kunnen bepalen en mee kunnen beslissen over de zorg die hij of zij wel of juist niet (meer) nodig heeft.[8]

Als een wantrouwen naar de sector niet de reden is om te spreken van «onnodige vervolgconsulten of onnodige diagnostiek», wat is dan de reden? De leden van de BBB-fractie vragen zich bovendien af of, áls artsen kennelijk geneigd zijn onnodige diagnostiek aan te vragen, of dan het afstraffen van de patiënt daarvoor wel correct is. Heeft een patiënt de kansen, kennis en ruimte om de onnodige diagnostiek te herkennen en de arts op basis van het kostenplaatje te overtuigen om die onnodige diagnostiek niet in te zetten? Kan de regering daarop reflecteren?

Het eigen risico zorgt voor medefinanciering, waardoor aan iedereen een lagere premie kan worden gevraagd. Verder creëert het eigen risico kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Dit kabinet wil van passende zorg en ondersteuning de norm maken. Daartoe komt het kabinet met een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving. Het kabinet vraagt hierbij van iedereen een bijdrage zodat voor iedere burger passende zorg er is als dat nodig is, ook in de toekomst. Van beroepsbeoefenaren wordt hierbij verwacht dat zij duidelijk zijn over welke zorg passend is en welke zorg niet en dat zij alleen nog passende zorg verlenen. Ook vraagt het iets van zorggebruikers zelf en haar omgeving. Het kabinet wil dat zij op basis van goede informatie beter zelf kunnen bepalen en mee kunnen beslissen over de zorg die hij of zij wel of juist niet (meer) nodig heeft.[9]

De leden van de BBB-fractie vragen de regering hoeveel van deze geraamde besparingen door zorgvermijding volgens de regering bestaat uit medisch noodzakelijke zorg. Kan de regering bevestigen dat zij dit op dit moment feitelijk niet weet?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch nietnoodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de Raad van State heeft gewezen op het nog lopende onderzoek naar het niet opvolgen van verwijzingen van huisartsen. Waarom kiest de regering ervoor het eigen risico al fors te verhogen voordat de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn? Waarom wacht de regering niet eerst de resultaten van dit onderzoek

[8] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 191.
[9] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XVI, nr. 191.

af, zodat beter inzicht ontstaat in de omvang van ongewenste zorgmijding?

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico. Het kabinet acht het daarom wenselijk het verplicht eigen risico te verhogen per 2027.

Daarnaast is het kabinet van mening dat het ook niet nodig is om het onderzoek af te wachten. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

Wel zal het kabinet uiteraard de uitkomsten van genoemd onderzoek zo nodig betrekken bij het verder aanscherpen van gericht beleid.

De leden van de BBB-fractie lezen dat alternatieven zoals een inkomensafhankelijk eigen risico of gerichte uitzonderingen voor chronisch zieken volgens de regering moeilijk uitvoerbaar zijn. Deze leden begrijpen de uitvoeringsproblemen, maar constateren tegelijkertijd dat het huidige voorstel ertoe leidt dat juist mensen met veel zorgkosten en weinig financiële ruimte onevenredig hard geraakt worden. Kan de regering reflecteren op de vraag of uitvoerbaarheid hier zwaarder lijkt te wegen dan rechtvaardigheid?

Het kabinet erkent dat het verplicht eigen risico in de zorg zowel voordelen als nadelen heeft. Hoewel het eigen risico onnodige zorg kan beperken, kan het eigen risico ook een drempel vormen voor noodzakelijke zorg, met name voor mensen met lage inkomens, chronisch zieken en gehandicapten. Het kabinet heeft daarom overwogen om het eigen risico te verlagen voor deze groepen of het inkomensafhankelijk te maken, maar dit blijkt niet haalbaar. Voor het gericht verlagen van het verplicht eigen risico is gekeken naar de geleerde lessen van de voormalige compensatie van het eigen risico (CER) en de voormalige Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Deze waren onvoldoende effectief, onder andere door het ontbreken van een eenduidige definitie en registratie van chronisch zieken en gehandicapten.

Een inkomensafhankelijk eigen risico is om meerdere redenen complex. De complexiteit en uitvoeringskosten zouden met deze variant significant toenemen, zorgverzekeraars zouden over inkomensgegevens moeten gaan beschikken, of om dat te voorkomen zou de uitvoering via een derde partij moeten lopen. Ook zou rekening moeten worden gehouden met wisselende inkomens, en bezwaar en beroep mogelijk moeten worden gemaakt voor verzekerden die het niet eens zouden zijn met de risicoklasse waarin zij op basis van hun inkomen ingedeeld zouden worden.

Dit kabinet is van mening dat financieel kwetsbare mensen beter geholpen zijn met de bestaande inkomensondersteuning voor zorgkosten, namelijk de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. De gemeentepolis, met vaak een herverzekering van het eigen risico, of een variant daarvan, is een succesvolle gemeentelijke regeling om mensen te helpen. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN om de gemeentepolis beter in te zetten.

Kan de regering daarnaast toelichten waarom niet nadrukkelijker is gekeken naar alternatieven waarbij de kosten breder via de premie worden verdeeld?

Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de kosten van de zorg. Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd afgenomen en daardoor is ook de balans tussen medefinanciering en collectieve financiering veranderd. Het kabinet acht dit niet houdbaar, mede omdat het heeft geleid tot een hogere zorgpremie. Dit kabinet acht het wenselijk om met het verhogen van het verplicht eigen risico terug te gaan naar de oorspronkelijke bedoeling, namelijk dat het verplicht eigen risico meegroeit met de zorgkostenkostenontwikkeling.

De leden van de BBB-fractie lezen dat de regering wijst op zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen als compensatie. Deze leden merken op dat veel mensen alsnog tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld doordat zij net buiten inkomensgrenzen vallen of onvoldoende bekend zijn met regelingen. Kan de regering inzicht geven in hoeveel mensen die het volledige eigen risico betalen géén recht hebben op zorgtoeslag of gemeentelijke ondersteuning?

Of een huishouden recht heeft op zorgtoeslag hangt af van de hoogte van het inkomen en het vermogen. Zo mag het vermogen niet hoger zijn dan € 119.006 voor alleenstaanden en € 158.593 voor toeslagenpartners. Bij een inkomen boven € 42.776 voor alleenstaanden en € 53.913 voor toeslagenpartners is de zorgtoeslag gelijk aan € 0. De genoemde bedragen zijn de grenzen voor 2027 volgens huidige inzichten en kunnen nog wijzigen. O.b.v. CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in 2023 geen zorgtoeslag ontvingen en wel het verplicht eigen risico volmaakten. Dit waren 4,2 miljoen personen.

Het kabinet kan geen inzicht geven in hoeveel mensen die het volledig eigen risico betalen recht hebben op gemeentelijke ondersteuning. De toegang tot de gemeentelijke ondersteuning bij zorgkosten, zoals via de gemeentepolis en meerkostenregeling voor chronisch zieken en gehandicapten, verschilt per gemeenten.

Kan de regering daarnaast reflecteren op het feit dat compensatie achteraf niet voorkomt dat mensen vooraf zorg mijden omdat zij bang zijn de rekening niet te kunnen betalen?

Het is niet zo dat mensen alleen achteraf gecompenseerd worden voor eventuele kosten van het eigen risico. Zo zijn er gemeentepolissen, waarbij sprake is van een herverzekering van het eigen risico. Verzekerden betalen dan bij de zogenoemde «restitutievariant» bijvoorbeeld maandelijks eigen risico en krijgen dit aan het einde van het jaar terug als zij geen eigen risico hebben gebruikt. Gebruikers van deze gemeentepolissen worden hierdoor niet geconfronteerd met het eigen risico. Daarnaast betaalt de overheid vooraf zorgtoeslag aan huishoudens met lage en middeninkomens als compensatie voor de kosten van de gemiddelde premie en het gemiddeld bedrag aan verplicht eigen risico dat een

verzekerde in een kalenderjaar kwijt zal zijn. Deze huishoudens doen er goed aan om deze zorgtoeslag opzij te zetten, zodat zij deze kunnen aanspreken als zij bijvoorbeeld eigen risico verschuldigd zijn.

Daarnaast vinden de leden van de BBB-fractie het opvallend dat de regering compensatie door gemeentes ziet als specifieke oplossing voor financiële problemen bij burgers door deze besparing op nationaal niveau. Herkent de regering dat dit gezien kan worden als een besparing voor de nationale portemonnee, die opgevangen moet worden op gemeentelijk niveau? Is duidelijk hoeveel meer aanvragen de Nederlandse gemeenten gaan krijgen voor die gemeentelijke fondsen en regelingen, als de zorgpremie verhoogd wordt? En hoe goed zijn gemeenten op de hoogte van het feit dat zij deze extra kosten moeten gaan dragen nu de regering op de zorg wil bezuinigen? De leden van de BBB-fractie lezen verder dat de regering pas later besluit hoe de enveloppe van € 350 miljoen voor chronisch zieken wordt ingezet. Waarom wordt deze wet al behandeld terwijl nog onduidelijk is hoe kwetsbare groepen concreet ondersteund gaan worden?

Anders dan een van de hierboven gestelde vragen suggereert, zal een hoger eigen risico tot lagere zorgpremies leiden. Gegeven dat de houdbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk staan, en het verplicht eigen risico zich sinds 2016 niet mee heeft ontwikkeld met de zorgkostenstijging, ziet het kabinet noodzaak om het verplicht eigen risico te verhogen. Dit zal de stijgende druk op de zorgpremie beperken, en daar profiteert iedereen van.

Voor kwetsbare groepen, bijvoorbeeld mensen met hoge zorgkosten en een laag inkomen, kan het eigen risico een drempel tot zowel noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg vormen. Vanuit het huidig beleid zijn er diverse regelingen die mensen helpen die moeite hebben om de zorgrekening te betalen. Op nationaal niveau is er de zorgtoeslag, op gemeentelijk niveau beschikken gemeenten over mogelijkheden en middelen om mensen te helpen. Het is niet bekend of en in hoeverre een hoger eigen risico tot extra aanvragen voor dergelijke vormen van ondersteuning leidt.

Het kabinet ziet voldoende aanleiding om het eigen risico te verhogen. Daarnaast is de genoemde enveloppe bedoeld voor compensatie voor een groep mensen voor het totaal aan maatregelen dat het kabinet voornemens is te treffen die invloed hebben op de zorgkosten van mensen.

In de memorie van toelichting wordt uitgelegd dat de financiering van de zorg in Nederland is gebaseerd op solidariteit, zo constateren de leden van de ***SGP-fractie****. De verhoging van het eigen risico draagt volgens de regering bij aan versterking van het «solidariteitsventiel». Door het eigen risico (en verplichte eigen bijdragen) worden niet alle zorgkosten collectief gedragen. De effecten van de verhoging van het eigen risico in combinatie met de trancheringlanden in de praktijk echter vooral bij mensen die veel zorg nodig hebben. Voor wie weinig tot geen zorg nodig heeft, heeft de verhoging van het eigen risico weinig gevolgen, zeker in combinatie met de trancheringDe leden van de SGP-fractie wijzen erop dat wie jaarlijks meerdere keren zorg nodig heeft, alsnog het volledige eigen risico zal moeten betalen. Voor mensen die relatief veel zorg nodig hebben, levert de trancheringdus geen financieel voordeel op. Zij voelen de verhoging dus het meest in hun portemonnee. De regering erkent dit ook in «4. Gevolgen voor verzekerden». Dit roept de vraag op hoe de combinatie van verhogen en trancheren precies bijdraagt aan de solidariteit binnen*

het zorgstelsel. De leden van de SGP-fractie vragen de regering hierop te reageren.

Het klopt dat de mensen die hun verplicht eigen risico volmaken, er financieel op achteruit gaan. Dit vermindert de risicosolidariteit van het stelsel in geringe mate. Maar tegelijkertijd zorgt de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg ervoor dat mensen die die vorm van zorg nodig hebben 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, wat de risicosolidariteit weer in geringe mate vergroot. Dit verlaagt daarbij de financiële drempel tot zorg, waardoor mogelijk ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan.

De leden van de SGP-fractie menen dat de tranchering vooral een financiële tegemoetkoming is aan mensen die gezond zijn en dus weinig zorg nodig hebben. Mensen die veel zorg nodig hebben, maken het eigen risico toch wel vol. Op wat voor manier fungeert de tranchering dan als een prikkel om minder zorg af te nemen?

Door de tranchering van het eigen risico blijft het kostenbewustzijn van verzekerden 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.

De leden van de SGP-fractie vragen om toelichting hoe groot de groep patiënten is die door de invoering van de tranchering minder eigen risico gaat betalen?

Naar verwachting gaan ongeveer 1,3 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld circa € 100 minder eigen risico betalen.

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer de regering voornemens is de ministeriële regeling vast te stellen om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren.

Krachtens voorliggend wetsvoorstel zal het eigen risico per 2027 niet alleen worden geïndexeerd, maar ook worden verhoogd.

In de Zvw is opgenomen dat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage uiterlijk 1 oktober wordt vastgesteld. Dat betekent dat daarvoor duidelijkheid moet zijn over de hoogte van het verplicht eigen risico. De datum van vaststelling van de betreffende ministeriële regeling zal dus rond die tijd zijn.

De leden van de SGP-fractie vragen om een reflectie van de regering op de opmerkingen van de zorgverzekeraars (brief 28 januari 2025) dat de jaarlijkse indexatie van het eigen risico altijd leidde tot veel vragen en ergernis van verzekerden. Verwacht de regering dat nu de jaarlijkse indexatie opnieuw wordt ingevoerd het zeer goed denkbaar is dat dergelijke ergernis opnieuw gaat optreden? Welke maatregelen treft de regering hieromtrent?

De realiteit is dat de zorgkosten toenemen als gevolg hogere loonkosten, een stijging van de zorgvraag en meer medische mogelijkheden. Door het verplicht eigen risico niet mee te laten bewegen met de zorgkosten stijgt de zorgpremie harder (de zorgpremie en het verplicht eigen risico zijn «communicerende vaten»). De stijging van het verplicht eigen risico zal

zeker bij een deel van de bevolking leiden tot vragen en ergernis, net zoals dat het geval is bij de stijging van de zorgpremie.

Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de kosten van de zorg. Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd ook afgenomen. Als het verplicht eigen risico wel met de inflatie zou zijn meegegroeid, dan zou het eigen risico in 2026 naar schatting € 535 bedragen en zou de zorgpremie jaarlijks circa € 100 lager zijn.

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere uitleg waarom de regering kiest voor een extra stijging van het verplicht eigen risico met € 60 en niet een willekeurig ander bedrag. Het valt hen op dat de € 60 niet duidelijk wordt onderbouwd. De leden van de SGP-fractie maken uit de memorie van toelichting op dat als het verplicht eigen risico de afgelopen jaren telkens wel was geïndexeerd het in 2026 naar schatting zou zijn uitgekomen op € 535. Met de extra verhoging komt het eigen risico uit op ongeveer € 455. De regering kiest er dus blijkbaar bewust niet voor om het volledige verschil bij te trekken. Kan de regering nader toelichten welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor € 60?

Als het verplicht eigen risico sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw, dan zou het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zijn uitgekomen op € 535. Dat is € 150 hoger dan het daadwerkelijke verplicht eigen risico van € 385 in 2026. Met de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico wil het kabinet het eigen risico weer meer laten aansluiten bij het niveau van de zorguitgaven, wat zal leiden tot meer medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben en meer kostenbewustzijn. Het kabinet is van mening dat deze keuze tot een betere balans leidt tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer het onderzoek van het CPB naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts afgerond wordt.

De resultaten van het CPB-onderzoek worden eind 2026 verwacht.

De leden van de SGP-fractie wijzen op de motie-Stoffer c.s.[10] die vroeg om voorafgaand aan alle bezuinigingen in de sociale zekerheid en zorg de gevolgen daarvan voor kwetsbare doelgroepen in kaart brengen (de «Stoffertoets»). De regering geeft aan dat deze analyse voor het zomerreces met de Kamer wordt gedeeld. De leden van de SGP-fractie vragen of deze analyse nog vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel om het eigen risico te verhogen met de Kamer wordt gedeeld. En als dat niet mogelijk is, deze toets in ieder geval uit te voeren voor het voorliggende voorstel.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[11] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe

[10] Kamerstuk 36 848-79

[11] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.
Het kabinet ziet, gegeven de druk op de zorguitgaven, in ieder geval voldoende aanleiding om het eigen risico per 2027 te verhogen en is daarom van mening dat voorliggend wetsvoorstel plenair behandeld kan worden. De inkomenseffecten van voorliggend wetsvoorstel zijn goed in beeld en in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect van het hogere eigen risico (indexatie en verhoging) bedraagt per 2027 € 35 op jaarbasis (hoger eigen risico – premiedaling + lagere zorgtoeslag). Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag.

De leden van de SGP-fractie vinden het verontrustend dat de regering pas in augustus 2026 een besluit neemt over hoe de envelop tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken het beste kan worden ingezet om de effecten van de verhoging van het eigen risico te dempen. Toch wil de regering het wetsvoorstel om het eigen risico te verhogen vóór het zomerreces 2026 door beide Kamers loodsen zodat het per 1 januari 2027 in werking kan treden. Daarmee is het voor de Kamer onmogelijk om de invulling van de compensatie vanuit de envelop mee te wegen bij de wetsbehandeling. De leden van de SGP-fractie vragen de regering daarom om de Kamer vóór de behandeling van het wetsvoorstel duidelijkheid te verschaffen over de uitwerking van de envelop.

Het kabinet ziet, gegeven de druk op de zorguitgaven, voldoende aanleiding om het eigen risico per 2027 te verhogen. De inkomenseffecten van voorliggend wetsvoorstel zijn goed in beeld en zijn in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect van het hogere eigen risico (indexatie en verhoging) bedraagt per 2027 € 35 op jaarbasis (hoger eigen risico – premiedaling + lagere zorgtoeslag). Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag. Het eigen risico en de doorwerking daarvan op de premies is ook expliciet onderdeel van het koopkrachtbeeld. Bij de start van het kabinet heeft het CPB een doorrekening gemaakt van de koopkrachtontwikkeling in de aankomende kabinetsperiode. De doorrekening laat zien dat de meeste huishoudens volgens de reguliere koopkrachtraming van het CPB er gedurende de periode 2027 tot 2030 jaarlijks licht op vooruitgaan. Deze raming zal in augustus op basis van de meest recente inzichten worden bijgesteld.

Het eigen risico kan een drempel tot zorg opwerpen, dat kan gewenste en ongewenste zorgmijding zijn. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Verder zorgt de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg ervoor dat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor mogelijk ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[12] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is

[12] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie-Stoffer en de motie-Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

De Raad van State wijst erop dat voor het flankerend beleid onder meer wordt verwezen naar de mogelijkheden van gemeenten om maatwerk te leveren. Daarbij worden verwachtingen gewekt over wat gemeenten in algemene zin voor bepaalde groepen verzekerden kunnen betekenen. Niet duidelijk wordt of gemeenten deze verwachtingen waar zullen kunnen maken, welke mogelijke gevolgen dit voorstel heeft voor gemeenten en of daarover overleg met gemeenten heeft plaatsgevonden. De leden van de SGP-fractie vinden dat de memorie van toelichting hier nog te weinig op is aangevuld en vragen om een nadere toelichting op dit punt. Hoe verlopen de gesprekken met gemeenten? Achten zij van het flankerend beleid realistisch en uitvoerbaar? Is het bijvoorbeeld de bedoeling dat compenserende maatregelen vanuit de envelop gelijktijdig in werking treden als de verhoging van het eigen risico? Zo ja, is er vanaf de augustusbesluitvorming dan wel voldoende tijd voor gemeenten om de tegemoetkoming goed te regelen voor 1 januari 2027? De leden van de SGP-fractie verwijzen hierbij ook naar de opmerkingen van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) op dit punt.

Het flankerend beleid waarnaar verwezen wordt, waaronder de zorgtoeslag en de mogelijkheden die gemeenten hebben, betreffen bestaand beleid.

Aan de hand van de maatregelen uit het coalitieakkoord ga ik met verschillende stakeholders, waaronder de VNG, in gesprek. Deze gesprekken zullen op korte termijn gestart worden. Het is inderdaad het streven dat de middelen van de enveloppe, die overigens een compensatie zijn voor het totaal aan maatregelen op zorggebied van het kabinet, net als de verhoging van het eigen risico per 2027 ingevuld worden. Daarvoor zal het kabinet zich uiterst inspannen. Het is nog niet bekend of de invulling via de gemeenten zal lopen.

Ook zijn er op onderdelen wel al gesprekken met gemeenten. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN om de gemeentepolis beter in te zetten.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de regering waarborgt dat de middelen die ter beschikking worden gesteld in de envelop tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken daadwerkelijk bij deze groep terecht komen. Is het de bedoeling dat deze middelen aan de Algemene Uitkering worden toegevoegd of worden deze via een Speciale Uitkering ter beschikking gesteld? Het is immers ook de wens van de regering om SPUK-regelingen over te hevelen naar het Gemeentefonds.

Voor de leden van de SGP zijn zowel de uitvoering van de «Stoffertoets» als de uitwerking van de envelop zwaarwegend bij de beoordeling van het wetsvoorstel. Zonder deze informatie menen de leden van de SGP-fractie dat de Kamer eigenlijk niet goed in staat is om het wetsvoorstel op zijn merites te beoordelen. Indien de regering er niet in slaagt om de analyse van de gevolgen voor kwetsbare doelgroepen en de uitwerking van de envelop af te ronden vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, dan zou de behandeling van het voorstel naar de mening van de leden van de SGP-fractie moeten worden uitgesteld.

De inkomenseffecten van voorliggend wetsvoorstel zijn goed in beeld en zijn in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect van het hogere eigen risico (indexatie en verhoging) bedraagt per 2027 € 35 op jaarbasis (hoger eigen risico – premiedaling + lagere zorgtoeslag). Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag. Het eigen risico en de doorwerking daarvan op de premies is ook expliciet onderdeel van het koopkrachtbeeld. Bij de start van het kabinet heeft het CPB een doorrekening gemaakt van de koopkrachtontwikkeling in de aankomende kabinetsperiode. De doorrekening laat zien dat de meeste huishoudens volgens de reguliere koopkrachtraming van het CPB er gedurende de periode 2027 tot 2030 jaarlijks licht op vooruitgaan. Deze raming zal in augustus op basis van de meest recente inzichten worden bijgesteld. Het eigen risico kan een drempel tot zorg opwerpen, dat kan gewenste en ongewenste zorgmijding zijn. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Verder zorgt de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg ervoor dat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor mogelijk ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[13] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. De keuze voor het uiteindelijke financieringsinstrument wordt door het kabinet bepaald aan de hand van de uitkomsten van de inhoudelijke analyse en gesprekken met stakeholders. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie-Stoffer en de motie-Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat de regering zich bewust is dat het verhogen voor het eigen risico voor mensen ook betekent dat de toegangsdrempel tot de zorg wordt verhoogd. De regering ziet dit als iets positief, omdat er dan gemiddeld genomen minder zorg wordt gebruikt. Aan de andere kant kan een verhoogde drempel leiden tot zorgmijding van medisch noodzakelijke zorg. De regering schrijft dat het onvoldoende is onderzocht in hoeverre eigen betalingen leiden tot het uitstellen van noodzakelijke zorg en in hoeverre dat leidt tot hogere zorguitgaven op de langere termijn. Meer inzicht wordt verkregen via onderzoek van het CPB, maar ook dit onderzoek is volgens deze leden niet toereikend. Immers, dit onderzoek kijkt alleen naar het niet-opvolgen van verwijzingen van de huisarts, terwijl de zorgmijding ook al daarvoor, of nog daarna, kan plaatsvinden. Daarmee is het beeld dat dit onderzoek schetst weliswaar waardevol, maar niet volledig toereikend. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij deze lacune herkent, en of zij bereid is hier nader onderzoek naar te laten doen en gedurende de komende jaren de zorgmijding als gevolg van financiële drempels te monitoren inclusief de budgettaire gevolgen daarvan op korte en lange termijn.*

---

[13] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

Het CPB doet momenteel onderzoek 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 redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding.

Daarnaast richt het kabinet zich op het tegengaan van (ongewenste) zorgmijding. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de regering voornemens is om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De eerste resultaten van de analyse worden naar verwachting voor het zomerreces van 2026 gedeeld met de Kamer. Deze leden vragen de regering waarom er niet is gekozen om de indiening van het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico pas te laten plaatsvinden ná deze gespreken en analyses. Op welke wijze kunnen de resultaten van deze analyse meegenomen worden inclusief koopkrachteffecten, mocht voorliggend wetsvoorstel in een hypothetisch scenario aangenomen worden voor het zomerreces? Deze leden vragen op welke wijze de resultaten van de analyse door de regering worden betrokken bij dit wetsvoorstel.

Gegeven de druk op de zorguitgaven en premies ziet het kabinet voldoende aanleiding om het eigen risico per 2027 te verhogen. De inkomenseffecten van voorliggend wetsvoorstel zijn goed in beeld en zijn

in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect van het hogere eigen risico (indexatie en verhoging) bedraagt per 2027 € 35 op jaarbasis (hoger eigen risico – premiedaling + lagere zorgtoeslag). Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag. Het eigen risico en de doorwerking daarvan op de premies is ook expliciet onderdeel van de het koopkrachtbeeld. Bij de start van het kabinet heeft het CPB een doorrekening gemaakt van de koopkrachtontwikkeling in de aankomende kabinetsperiode. De doorrekening laat zien dat de meeste huishoudens volgens de reguliere koopkrachtraming van het CPB er gedurende de periode 2027 tot 2030 jaarlijks licht op vooruitgaan. Deze raming zal in augustus op basis van de meest recente inzichten worden bijgesteld. Het eigen risico kan een drempel tot zorg opwerpen, dat kan gewenste en ongewenste zorgmijding zijn. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Verder zorgt de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg ervoor dat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor mogelijk ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[14] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de regering extra middelen heeft vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken. Over de precieze besteding van deze middelen wordt later besloten, aangezien er eerst op de inhoudelijke resultaten uit de eerdergenoemde analyse wordt gewacht. Deze leden vragen de regering of er op voorhand kan worden toegezegd dat de tegemoetkoming in balans zal zijn met de extra kosten die kwetsbare groepen maken naar aanleiding van de verhoging van het eigen risico. Hoe groot is naar schatting van de regering de groep mensen die recht heeft op een tegemoetkoming? Indien het beschikbare budget van € 350 miljoen gedeeld wordt door de geschatte omvang van de groep, wat betekent dit concreet aan bedrag per persoon? De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen om inzichtelijk te maken welke kwalitatieve en kwantitatieve criteria de regering hanteert om te bezien of de extra kosten die kwetsbare groepen krijgen in voldoende mate worden verdisconteerd met het beschikbare extra budget.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[15] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te

[14] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.
[15] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

brengen. In navolging op de motie Lahlah en de motie Dobbe[16] wordt door het Nibud een rapportage opgeleverd waarin wordt ingegaan op de vraag of de meest kwetsbare huishoudens voldoende inkomen overhouden. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.
In die analyse wordt nauwgezet gekeken naar de cumulatie van maatregelen en de effecten daarvan op het besteedbare inkomen.

De inkomenseffecten van voorliggend wetsvoorstel zijn goed in beeld en zijn in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect (indexatie en verhoging) van het hogere eigen risico bedraagt in 2027 € 35 op jaarbasis. Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering waarom niet gewacht is met indiening van het wetsvoorstel tot de uitwerking van de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken gereed was. Nu is naar mening van de leden van de ChristenUnie-fractie een onvolledig wetsvoorstel ingediend, daar het flankerend beleid onduidelijk en allesbehalve gereed is. Het budget voor de enveloppe is beschikbaar vanaf 2027. Echter is onduidelijk of dit budget ook daadwerkelijk in 2027 uitgegeven kan worden. Hoe reflecteert de regering hierop? Is het gereed staan van de tegemoetkoming voortkomend uit de enveloppe voor de regering randvoorwaardelijk voor inwerkingtreding van dit wetsvoorstel? Zo nee, waarom niet? Erkent de regering dat de mogelijke consequentie gaat zijn dat chronisch zieken volgend jaar wel een hoger verplicht eigen risico moeten betalen terwijl zij in datzelfde jaar geen bedrag kunnen ontvangen uit de enveloppe? Acht de regering dit wenselijk? Zo nee, wat gaat de regering doen om dit te voorkomen?

Gegeven dat de houdbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk staan, en het verplicht eigen risico zich sinds 2016 niet mee heeft ontwikkeld met de zorgkostenstijging, ziet de regering noodzaak om het verplicht eigen risico te verhogen. Dit zal de stijgende druk op de zorgpremie voor iedereen beperken. De regering ziet dus aanleiding om het eigen risico te verhogen, en daarom is voorliggend wetsvoorstel vooruitlopend op de uitkomsten van de analyse aangeboden aan de Tweede Kamer. De inkomenseffecten van het wetsvoorstel zijn goed in beeld en zijn in de memorie van toelichting geschetst. Het maximale inkomenseffect van het hogere eigen risico (indexatie en verhoging) bedraagt per 2027 € 35 op jaarbasis (hoger eigen risico – premiedaling + lagere zorgtoeslag). Dit is het geval als iemand het eigen risico vol maakt en er sprake is van het ontvangen van zorgtoeslag.

De middelen uit de enveloppe zijn bedoeld voor een compensatie aan een kwetsbare groep voor het totaal aan beleidsmaatregelen dat ingrijpt op de zorgkosten voor mensen, niet alleen de impact van de maatregelen op het gebied van het eigen risico. Uiteraard acht het kabinet het wenselijk dat de middelen uit de enveloppe, zoals beoogd, ook per 2027 ingezet kunnen worden. In het vorige antwoord op de vragen van de leden van de ChristenUnie-fractie is op het proces hiervoor – waaronder de wijze

[16] Kamerstukken II 2025/26, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800 XVI, nr. 174.

waarop de motie Stoffer en de motie Lahlah zullen worden uitgevoerd – ingegaan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering voornemens is de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten af te schaffen. Deze regeling voorziet mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering jaarlijks van een bedrag van ruim € 200 om tegemoet te komen aan hun zorgkosten. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden afschaffing hiervan in combinatie met verhoging van het verplicht eigen risico én het afschaffen van de aftrekpost voor zorgkosten onverstandig. Deze leden vragen de regering hierover duidelijkheid te verschaffen en te reflecteren op mensen met een kwetsbare (financiële) positie.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[17] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen, waaronder bovengenoemde maatregelen, op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

De leden van de ChristenUnie-fractie zien dat de tranchering van het eigen risico is voorbereid via een afzonderlijke wijziging van het Besluit zorgverzekeringen. Deze leden kunnen begrijpen dat deze wijziging afzonderlijk wordt meegenomen, zij betreuren dat de invoer van tranchering later wordt ingevoerd. Ziet de regering kansen om zorgverzekeraars extra te ondersteunen zodat de tranchering wél per 2027 in kan gaan? Welke opties zijn er om zorgverzekeraars te helpen om de invoer te versnellen? Indien er echt geen enkele mogelijkheid is om de tranchering een jaar eerder in te laten gaan, hoe kijkt de regering dan naar de mogelijkheid om de verhoging van het eigen risico een jaar later in te voeren?

De tranchering is uitvoeringstechnisch een complexe maatregel. Met name voor de uitvoering voor de zorgverzekeraars. Het vergt onder andere forse aanpassingen in de ICT-systemen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven een jaar implementatietijd nodig te hebben. Dit kan niet worden versneld met hulp van de overheid.
Dit kabinet wil de verhoging van het verplicht eigen risico niet met een jaar uitstellen. De zorg staat voor grote opgaven. Hervormingen, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico, zijn noodzakelijk voor de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg. Door het verplicht eigen risico weer te laten meebewegen met de zorgkostenontwikkeling en het – na indexering – met € 60 te verhogen, doet het verplicht eigen risico weer beter waarvoor het bedoeld is, te weten medefinanciering en kostenbewustzijn. Dit werkt door in een lagere stijging van de zorgpremie, waar iedere Nederlander van profiteert.

*De leden van de **SP-fractie** lezen dat de regering tegelijkertijd wijst op de personeelstekorten in de zorg en op de verwachte extra zorgmijding (remgeldeffect) als reden om deze maatregel door te voeren. In hoeverre kan dit echter zowel een oplossing zijn voor personeelstekorten als voor*

[17] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

stijgende kosten? Op het moment dat er nu al personeelstekorten zijn betekent dat dat er nu al een deel van de zorgvraag is die hierdoor onbeantwoord blijft. Als de aanname is dat de zorgvraag zal dalen als gevolg van een verhoging van het eigen risico, zorgt dat er dan niet vooral voor dat de onbeantwoorde zorgvraag daalt, terwijl de inzet van personeelscapaciteit praktisch volledig blijft, doordat de vraag alsnog groter blijft dan het aanbod? Zo ja, hoe verwacht de regering dan dat zowel het personeelstekort als de zorguitgaven zouden dalen?

Het verplicht eigen risico heeft als doelen medefinanciering en kostenbewustzijn. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden bewuster af te wegen of zorg noodzakelijk en tijdig is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies – het zogenoemde remgeldeffect. De druk op de zorg, die te maken heeft met personeelstekorten, neemt daardoor af. Het is dan ook niet voor niets dat bijna alle landen in de wereld een vorm van eigen betaling hebben.
Onderzoek laat echter ook zien dat eigen bijdragen in de zorg ook kunnen leiden tot uitstel of afzien van meer medisch noodzakelijke zorg. Met name bij bepaalde kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie. Het is daarom belangrijk om mensen zoveel mogelijk gericht te ondersteunen.

Bijvoorbeeld door zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis waarin vaak een herverzekering voor het eigen risico is opgenomen. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over het beter inzetten van de gemeentepolis.

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering schrijft dat zorgmijding vanwege financiële redenen een dalende trend laat zien tussen 2016 en 2025, op basis van cijfers van het Nivel. Dit lijkt daarmee aangedragen te worden als argument om het eigen risico de verhogen. Zij vragen echter of dit niet juist een reden is om het eigen risico niet te verhogen. Als zorgmijding zo sterk zou zijn gedaald, is het dan niet aannemelijk dat dit op zijn minst deels te danken is aan de bevriezing van het eigen risico?

Eigen betalingen zijn volgens het kabinet nodig om de zorg toegankelijk en de zorgkosten betaalbaar te houden. Eigen betalingen zorgen voor medefinanciering en kostenbewustzijn. Het beoogt onder andere verzekerden te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is én of de zorg op dat moment moet plaatsvinden.

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden.

De leden van de SP-fractie wijzen er daarnaast op dat onderzoek van het Nivel daarnaast ook laat zien dat een verhoging van het eigen risico naar € 460 ertoe zou leiden dat het aantal verzekerden voor wie het eigen risico een belemmering zou vormen om noodzakelijke zorg te gebruiken zou stijgen van zeven procent naar zestien procent.[18] Hoe kijkt de regering hiernaar? Ontkennen zij dat dit effect waarschijnlijk zou optreden? Of erkennen zij dat wel, maar zien zij het feit dat meer dan een miljoen extra Nederlanders zorg gaan mijden als acceptabele prijs om meer geld te kunnen investeren in de Amerikaanse wapenindustrie?

Eigen betalingen zijn volgens het kabinet nodig om de zorg toegankelijk en de zorgkosten betaalbaar te houden. Maar het kabinet ziet ook het risico van ongewenste zorgmijding. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering het CPB onderzoek laat doen «naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts». Zij vinden het apart dat de regering deze maatregel nu alvast wil doorvoeren om dan daarna pas te kijken of het zal zorgen voor zorgmijding. Wat gebeurt er bovendien als uit dat onderzoek blijkt dat dit tot veel extra zorgmijding leidt? Wordt deze maatregel dan teruggedraaid?

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico. Dit kabinet acht het daarom wenselijk het verplicht eigen risico per 2027 verhogen. Het kabinet is niet voornemens om deze maatregel op een later moment terug te draaien. Zoals in antwoord op de vorige vraag van de leden van de SP-fractie is aangegeven zet dit kabinet in op bestaande en verbeterde ondersteuningsmaatregelen.

De leden van de SP-fractie hebben daarnaast nog vragen over de inzet van de € 350 miljoen die is bedoeld als tegemoetkoming voor chronisch zieken. Wanneer kan de regering duidelijkheid geven over hoe dit bedrag wordt ingezet? Wat levert dit bovendien naar verwachting gemiddeld op per persoon met een chronische ziekte of beperking en hoe verhoudt dit zich tot de extra kosten die dit voorstel voor hen creëert? Kan de regering in een tabel het totale verwachte effect van deze wet en de geplande tegemoetkoming voor deze groep weergeven?

Het kabinet zal in augustus een integrale weging maken hoe deze enveloppe het best ingezet kan worden. Op dit moment kan dus nog geen inzicht gegeven worden in de verwachte opbrengsten (of extra kosten) per persoon of het gevraagde overzicht in tabelvorm. Het is dus nog niet mogelijk om in een tabel het verwachte effect van deze wet af te zetten tegen de gemiddelde tegemoetkoming vanuit de enveloppe van € 350 miljoen.

---

[18] Nivel, 11 mei 2026, (*https://www.nivel.nl/nl/nieuws/meer-verzekerden-verwachten-belemmeringen-om-zorg-te-gebruiken-bij-een-hoger-eigen-risico*)

4. Gevolgen voor verzekerden

*De leden van de **VVD-fractie** lezen dat het verhogen van het verplicht eigen risico niet alleen effect heeft op de hoogte van het eigen risico zelf, maar ook op de nominale premie en de hoogte van de zorgtoeslag. Kan de regering aangeven in welke mate de voorgenomen verhoging van het eigen risico effect heeft op de totale procentuele koopkrachtontwikkeling van verschillende typen verzekerden? Graag hierbij gebruik maken van de typen verzekerden zoals weergegeven op pagina 12.*

Door de verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, is de nominale premie € 48 minder hoog en is de zorgtoeslag € 19 minder hoog. Het inkomenseffect als percentage van het besteedbaar inkomen dat mensen ervaren, hangt af van het inkomen dat zij hebben. De tabel in de memorie van toelichting waarnaar verwezen wordt bevat geen onderscheid naar inkomen. Daarom zijn in onderstaande tabel een paar voorbeelden toegevoegd van verschillende inkomensniveaus.

Financiële gevolgen burgers van verhogen verplicht eigen risico in 2027 (– = negatief financieel effect, + = positief financieel effect)

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Inkomens-effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[1]	– 60	48	– 19	– 30
Bijstand				– 0,2%
WML				– 0,1%
AOW				– 0,2%
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[1]	– 60	48	–	– 12
Modaal				0,0%
AOW + € 25.000				0,0%
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[2]	–	48	– 19	30
Bijstand				0,2%
WML				0,1%
AOW				0,1%
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[2]	–	48	–	48
Modaal				0,1%
AOW + € 25.000				0,1%

[1] Dit betreft verzekerden die in 2027 ten minste € 455 aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.
[2] Dit betreft verzekerden die in 2027 € 395 of minder aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

Als compenserende maatregel noemt de regering de zorgtoeslag. Echter wordt de zorgtoeslag verlaagd door de geraamde verlaagde nominale premie. Gaat de regering de zorgtoeslag verhogen om dit te compenseren? Zo ja, op welke wijze?

De zorgtoeslag biedt gedeeltelijke compensatie voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico. Doordat de nominale premie ten gevolge van de verhoging van het eigen risico meer zal dalen dan het gemiddelde verplicht eigen risico zal stijgen, zal de zorgtoeslag dalen. Het kabinet is niet voornemens de zorgtoeslag te verhogen.

*De leden van de **PRO-fractie** lezen dat «de nominale premie lager kunnen vaststellen dan in de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou worden verhoogd.» Echter kiest de regering er ook voor om deze verlaging te compenseren met een verhoging van de inkomstenbelasting en een verhoging van de AOF-premie. Kan de regering toelichten waarom zij ervoor kiest om deze verlaging te compenseren met lastenverzwaringen? Op welke wijze profiteren burgers dan de verhoging van het eigen risico? In de Trouw[19] lezen genoemde leden dat het «per saldo een lastenverlichting» is. Kan worden toegelicht hoe dit een lastenverlichting is als het gehele bedrag wordt gecompenseerd met een verhoging van de lasten?*

Hoe staat dit in verhouding met de uitspraak «Na de daling van de zorgtoeslag blijft per saldo een lastenverlichting over van € 912 miljoen in 2027», uit de memorie van toelichting?

De verhoging van het verplicht eigen risico leidt tot een minder hoge nominale premie, lagere inkomsten uit de inkomensafhankelijke bijdragen Zvw en een minder hoge zorgtoeslag. Per saldo leidt dit tot een lastenverlichting van € 912 mln in 2027. Om te voorkomen dat de Zvw-maatregelen uit het coalitieakkoord tot een EMU-saldo effect leiden in het lastenkader, is gekozen voor lastenverzwaring voor burgers en bedrijven. Bij de augustusbesluitvorming kijkt het kabinet integraal naar het koopkracht- en lastenbeeld, daarbij zullen de lastenverzwarende maatregelen worden gewogen als onderdeel van het totale beeld in de Miljoenennota.

Het kabinet acht dit een noodzakelijke maatregel om de zorg ook in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden.

Uit de tabel op pagina 11 van de memorie van toelichting blijkt dat vooral mensen die het eigen risico volledig opmaken en zorgtoeslag ontvangen er het hardst op achteruitgaan. Oftewel, lagere inkomens en zorgbehoevende mensen. Hoe kijkt de regering er tegenaan dat juist de rekening bij hen terecht komt? Is de regering het eens dat dit conflicteert met zowel inkomenssolidariteit als risicosolidariteit?

Nederland heeft een solidair zorgstelsel en een van de laagste eigen bijdragen voor curatieve zorg vanuit internationaal perspectief. We betalen veel samen, en als je daadwerkelijk zorg gebruikt, hoort daar ook een eigen financiële bijdrage bij. Zo houden we de premies beheersbaar. Voor financieel kwetsbare mensen is zorgtoeslag beschikbaar, maar ook gemeentelijke regelingen die niet zijn meegenomen in de tabel in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel verhoging eigen risico. Dit kabinet wil extra investeren in de gerichte ondersteuning van de meest kwetsbare groepen.

Het kabinet is zich ervan bewust dat er zorgen bestaan over de stapeling van de voorgenomen maatregelen. Het kabinet heeft in reactie op de motie-Stoffer c.s. en motie-Lahlah c.s.[20] toegezegd om het effect van de verschillende maatregelen op het besteedbaar inkomen in kaart te brengen. In de procesbrief heeft het kabinet aangegeven de uitkomsten van deze analyse voor de zomer naar de Kamer te sturen. De analyse is echter complex en vergt meer tijd. Het kabinet is voornemens de uitkomsten van de analyse in augustus in bredere samenhang te bezien. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken (CA 33) het beste ingezet

[19] Trouw, 27 mei 2026, (*Den Haag worstelt al twintig jaar met het eigen risico. Wat is er precies zo gevoelig aan die voorgestelde verhoging? | Trouw*)
[20] Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 79, 36 800 XV, nr. 52 en 36 800, nr. 98.

kan worden. Over de uitkomsten van deze analyse, de invulling van de motie Stoffer en de motie Lahlah en de inzet van de enveloppe zal het kabinet de Kamer na de zomer informeren.

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat naar verwachting 7,3 miljoen mensen hun verplicht eigen risico volmaken en er financieel op achteruitgaan. Zij vragen de regering te bevestigen dat dit een zeer grote groep Nederlanders betreft die daadwerkelijk zorg nodig heeft. Kan de regering deze groep uitsplitsen naar ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking, lage inkomens en ontvangers van zorgtoeslag?*

In 2027 betalen naar verwachting 7,3 miljoen mensen het volledige verplicht eigen risico. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd en huishoudinkomen wel beschikbaar voor het jaar 2022, wat indicatief kan zijn voor 2027. Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in 2023 zorgtoeslag ontvingen en het verplicht eigen risico vol maakten. De resultaten staan in onderstaande tabel. Er is geen uitsplitsing naar mensen met een chronische aandoening te maken, omdat er geen eenduidige definitie is van wie chronisch ziek is of een beperking heeft.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.545.300
Tot AOW-leeftijd	4.123.700
AOW-leeftijd of ouder	2.421.500
Minder dan 20.000 euro	189.500
20.000 tot 30.000 euro	818.500
30.000 tot 40.000 euro	793.100
40.000 tot 50.000 euro	610.400
50.000 tot 75.000 euro	1.155.800
75.000 tot 100.000 euro	893.300
100.000 euro en meer	2.066.200
Inkomen onbekend	18.500
Ontvanger zorgtoeslag	2.987.900

[1] Door afronding kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

Kan de regering specifiek ingaan op de uitkomst van het Nivel dat verzekerden zich over de voorgenomen verhoging veel vaker zorgen maken om anderen dan om zichzelf? Hoe betrekt de regering deze maatschappelijke zorg bij de beoordeling van de gevolgen voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en mensen die al moeite hebben hun zorgkosten te betalen?

Het kabinet vindt het belangrijk om te waken voor ongewenste zorgmijding, bijvoorbeeld onder ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en mensen die al moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. Uit het onderzoek van het Nivel blijkt dat deze zorg breder gedragen wordt. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegen gegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is het daarom in een

positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

Kan de regering in een overzicht laten zien wat de financiële gevolgen zijn voor een alleenstaande met een laag inkomen en zorgtoeslag die het eigen risico volmaakt, een chronisch zieke met een modaal inkomen, een oudere met meerdere aandoeningen, een patiënt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en een verzekerde met een vrijwillig eigen risico? Kan daarbij de verhoging, de indexatie, de lagere premie, de lagere zorgtoeslag en de trancheringper 2028 worden meegenomen?

In onderstaande tabel worden de financiële effecten voor 2027 van het indexeren en verhogen van het eigen risico getoond voor alleenstaanden met verschillende inkomensniveaus, inclusief de doorwerking hiervan op de nominale premie en de zorgtoeslag. In elke situatie is verondersteld dat zij het verplicht eigen risico vol maken. Het verplicht eigen risico stijgt in totaal met € 70; € 10 door indexatie[21] en € 60 door verhoging. Indexatie en verhoging van het verplicht eigen risico leidt tot een € 57 minder hoge nominale premie en een € 22 minder hoge zorgtoeslag.

Financiële gevolgen indexeren en verhogen eigen risico in 2027 (– = negatief financieel effect, + = positief financieel effect)

		WML		Modaal		AOW
Totaal	€	– 35	€	– 13	€	– 35
Verplicht eigen risico	€	– 70	€	– 70	€	– 70
w.v. indexatie	€	– 10	€	– 10	€	– 10
w.v. verhoging	€	– 60	€	– 60	€	– 60
Effect nominale premie	€	57	€	57	€	57
Effect zorgtoeslag	€	– 22	€	–	€	– 22

Het voornemen is om het verplicht eigen risico wordt per 2028 te trancheren. Het effect daarvan op het verplicht eigen risico, de nominale premie en zorgtoeslag kan niet worden getoond, omdat het effect nauw samenhangt met het zorggebruik, zowel binnen als buiten de medisch-specialistische zorg. Voor de genoemde voorbeelden is niet duidelijk of mensen profiteren van de tranchering van het verplicht eigen risico. Als mensen voornamelijk zorg binnen de medisch-specialistische zorg gebruiken en één of twee dbc's hebben, dan kunnen zij voordeel hebben van tranchering doordat zij minder verplicht eigen risico kwijt zijn. Als er sprake is van meerdere dbc's en zorg in andere sectoren, dan zullen mensen waarschijnlijk het verplicht eigen risico volmaken en niet profiteren van de tranchering van het eigen risico. Door de tranchering van het verplicht eigen risico is de verwachting dat de nominale premie € 2 minder hoog is en de zorgtoeslag € 10 minder hoog is.

Het vrijwillig eigen risico valt buiten de regels van de Zvw. Door tranchering van het verplicht eigen risico kan het voorkomen dat er sneller kosten ten laste van het vrijwillig eigen risico worden gebracht, maar dit hoeft niet te betekenen dat iemand ook meer betaalt via het vrijwillig eigen risico.

Kan de regering aangeven hoeveel verzekerden naar verwachting betalingsproblemen krijgen of vaker gebruik zullen moeten maken van gespreide betaling bij zorgverzekeraars? Is de regering bereid de Kamer

[21] Volgens huidige inzichten indexeert het verplicht eigen risico met € 10 in 2027. Dit kan tot vaststelling van de Ontwerpbegroting voor 2027, die op Prinsjesdag2026 bekend wordt, nog beperkt wijzigen.

jaarlijks te informeren over betalingsregelingen, betalingsachterstanden, incassotrajecten en klachten over het verplicht eigen risico?

Dit kabinet kan niet inschatten hoeveel extra verzekerden ten gevolge van de voorgenomen wijzigingen betalingsproblemen zullen krijgen of gebruik zullen gaan maken van gespreide betaling bij zorgverzekeraars. Monitoring daarvan is niet goed mogelijk. Een toename van het aantal verzekerden met betalingsproblemen of het aantal verzekerden dat gespreid bij de zorgverzekeraars betaalt zou niet direct te koppelen zijn aan de hoogte van het verplicht eigen risico, omdat er meerdere variabelen van invloed zijn. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld in de loop der jaren laagdrempeliger de mogelijkheid tot gespreide betaling aan gaan bieden. Ook zijn meerdere variabelen van invloed op het aantal verzekerden met een betalingsachterstand bij de zorgverzekeraar en het aantal incassotrajecten, zoals de stand van de economie. De Tweede Kamer wordt via de Verzekerdenmonitor geïnformeerd over betalingsachterstanden bij zorgverzekeraars.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 11 van de memorie van toelichting dat verzekerden die het verplicht eigen risico volledig betalen en zorgtoeslag ontvangen er door de verhoging van € 60 per saldo € 30 op achteruitgaan, terwijl verzekerden die het eigen risico niet volledig betalen en geen zorgtoeslag ontvangen er per saldo € 48 op vooruitgaan. Kan de regering deze effecten uitsplitsen naar kenmerken als: inkomen, leeftijd, gezondheidstoestand en huishoudtype?*

In 2027 betalen naar verwachting 7,3 miljoen mensen het volledige verplicht eigen risico. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd, huishoudinkomen en huishoudtype wel beschikbaar voor het jaar 2022, wat indicatief kan zijn voor 2027. Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in meerdere opeenvolgende jaren het verplicht eigen risico vol maken, wat als indicator is gehanteerd voor gezondheidstoestand. De resultaten staan in onderstaande tabel.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.545.300
Tot AOW-leeftijd	4.123.700
AOW-leeftijd of ouder	2.421.500
Minder dan 20.000 euro	189.500
20.000 tot 30.000 euro	818.500
30.000 tot 40.000 euro	793.100
40.000 tot 50.000 euro	610.400
50.000 tot 75.000 euro	1.155.800
75.000 tot 100.000 euro	893.300
100.000 euro en meer	2.066.200
Inkomen onbekend	18.500
Eenpersoonshuishouden	1.565.200
Meerpersoonshuishouden	4.837.100
Institutioneel huishouden	143.000
3 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2019–2021)	4 miljoen
5 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2017–2021)	3 miljoen
7 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2015–2021)	2,5 miljoen
10 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2012–2021)	2 miljoen

[1] Door afronding kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

De leden van de JA21-fractie vragen specifiek naar het jaar 2027, waarin het eigen risico stijgt maar de tranchering nog niet geldt. Welke effecten verwacht de regering op vergmijding in dit overgangsjaar?

Het verplicht eigen risico heeft als doelen medefinanciering en kostenbewustzijn. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden bewuster af te wegen of zorg noodzakelijk en tijdig is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies. Onderzoek laat echter ook zien dat eigen bijdragen in de zorg ook kunnen leiden tot uitstel of afzien van meer medisch noodzakelijke zorg. Met name bij bepaalde kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie en hoge zorgkosten. Om die reden heeft dit kabinet extra oog voor deze groep. Welk effect het verhogen van het verplicht eigen risico per 2027 hierop heeft, is onbekend. Uit het Nivel-onderzoek uit 2015 bleek dat de stijging van het eigen risico in de jaren 2010–2013 niet gepaard is gegaan met een aantoonbare toename van ongewenste zorgmijding. Dit kabinet blijft de ontwikkelingen met betrekking tot zorgmijding (om verschillende redenen, waaronder financiële redenen) nauwlettend volgen. Onder andere op basis van de jaarlijkse onderzoeken door het Nivel.

*De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering om de financiële opbrengst van het remgeldeffect, geraamd op € 613 miljoen in 2027, nader te onderbouwen.*

Het verwachte remgeld van circa € 613 miljoen in 2027 is gebaseerd op eerdere berekeningen van het CPB. Het CPB heeft in 2020 een microsimulatiemodel in gebruik genomen, dat is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.[22] De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico in kaart hebben gebracht.

Uit de toelichting blijkt dat het financiële effect van de verhoging van het eigen risico het grootst is voor de groep mensen die het verplicht eigen risico volledig betalen én recht hebben op zorgtoeslag. De leden van de SGP-fractie vragen hoe groot deze groep mensen is.

Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in 2023 zorgtoeslag ontvingen en het verplicht eigen risico vol maakten. Dit waren circa 3,0 miljoen personen.

Uit de memorie van toelichting blijkt dat het verhogen van het eigen risico leidt tot minder zorggebruik. Naar de huidige inzichten wordt dit geraamd op € 613 miljoen in 2027. Het is voor de leden van de SGP-fractie op basis van de toelichting onduidelijk bij welke groep verzekerden de daling in zorggebruik het grootst zal zijn. Zij maken zich zorgen dat juist de verzekerden voor wie het financiële effect van de verhoging van het eigen risico het grootst is, het vaakst zullen kiezen om zorg te mijden. De leden van de SGP-fractie zouden dit onwenselijk vinden. Het gaat hier immers juist om de groep die sociaaleconomisch het zwakst is: verzekerden die jaarlijks het eigen risico volledig betalen én zorgtoeslag ontvangen. De leden van de SGP-fractie vragen de regering daarom inzichtelijk te maken hoe de geschatte € 613 verdeeld is over de vier typen verzekerden die in de tabel (pagina 11) worden genoemd. Zij verwijzen

[22] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

hierbij naar het advies van ATR om inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht.

Verdiepend onderzoek door het Nivel laat zien dat kwetsbare groepen mensen, zoals mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid vaker om financiële redenen afzien van zorg.[23] In eerdere doorrekeningen van het CPB wordt het remgeldeffect niet uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken. Het verwachtte remgeldeffect van € 613 mln is daarom niet te verdelen naar verschillende typen verzekerden. Onderzoek van het CPB uit 2024 laat zien dat het zorggebruik van mensen met een laag inkomen bij een aanpassing van het eigen risico niet meer of minder verandert dan het zorggebruik van mensen met een hoog inkomen. Wel zullen de eigen betalingen van mensen met een laag inkomen meer stijgen, omdat zij meer gebruik maken van zorg.[24]

De leden van de SGP-fractie constateren dat in de tabel (pagina 11) in de memorie van toelichting in het totaal effect de indexatie en de tranchering niet zijn meengenomen. Zij vragen de regering om een berekening te maken waarbij de indexatie en de tranchering beide zijn meegenomen in het totaal effect.

In onderstaande tabel worden de financiële effecten van het indexeren en verhogen van het verplicht eigen risico in 2027 getoond.

Financiële gevolgen burgers van indexeren en verhogen verplicht eigen risico in 2027 (– = negatief financieel effect, + = positief financieel effect)

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[1]	– € 70	€ 57	– € 22	– € 35
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[1]	– € 70	€ 57	€ 0	– € 13
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[2]	€ 0	€ 57	– € 22	€ 35
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[2]	€ 0	€ 57	€ 0	€ 57

[1] Dit betreft verzekerden die in 2027 ten minste € 455 aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.
[2] Dit betreft verzekerden die in 2027 € 395 of minder aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

Door tranchering van het verplicht eigen risico betalen verzekerden gemiddeld € 8 minder verplicht eigen risico per jaar, € 2 minder nominale premie en ontvangen ze € 10 minder zorgtoeslag. Het verplicht eigen risico wordt per 2028 getrancheerd en wordt daarom niet in bovenstaande tabel getoond, omdat onderstaande effecten van het indexeren en verhogen van het verplicht eigen risico van toepassing zijn op 2027.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering wanneer burgers een definitief kostenplaatje kunnen maken voor hun eigen huishouden: wanneer is definitief duidelijk hoe hoog de nominale premie*

[23] Rapport «Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen», Nivel, 2024.
[24] CPB (2024), De reactie op eigen betalingen in de zorg: de invloed van leeftijd, geslacht en inkomen, Den Haag.

voor het komende jaar is, wat de hoogte van het verplicht eigen risico is en wat, voor mensen die daarvoor in aanmerking komen, de hoogte is van de zorgtoeslag?

De vaststelling van de nominale premies voor de zorgverzekeringen en de toekenning van de risicovereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars geschiedt volgens een zorgvuldig en strak omlijnd proces, dat al in het najaar van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de premies en risicovereveningsbijdragen gaan gelden, van start gaat.

Uiterlijk op 12 november van het jaar voor het kalenderjaar waarvoor ze moeten gaan gelden, stellen de zorgverzekeraars de nominale premies voor hun zorgverzekeringen vast. Daarvoor dienen zij te weten hoeveel risicovereveningsbijdrage zij over dat kalenderjaar van het Zorginstituut toegekend zullen krijgen. Het Zorginstituut moet daartoe op zijn beurt weten wat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is dat het over dat kalenderjaar kan toekennen. Daarom is in de Zvw bepaald dat dit totaalbedrag voor 1 oktober van het jaar voor het kalenderjaar bij ministeriële regeling wordt vastgesteld.
Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

De zorgtoeslag is niet afhankelijk van de individuele nominale premie voor een zorgverzekering, maar van de standaardpremie. De standaardpremie is de som van de geraamde gemiddelde premie en het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting daadwerkelijk aan verplicht eigen risico zal betalen. De standaardpremie die voor de zorgtoeslag over 2027 geldt, wordt uiterlijk 10 december 2026 gepubliceerd. Overigens is de zorgtoeslag niet alleen afhankelijk van de standaardpremie, maar ook van het aantal verzekerden in een huishouden, en van hun inkomen en vermogen.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering de verwachte hoogte van het verplicht eigen risico en de nominale premie voor de jaren na 2027 uiteen te zetten. Aanvullend vragen deze leden waarom de regering niet gekozen heeft voor een eenmalige verhoging van het verplicht eigen risico en bevriezing daarvan in plaats van mogelijk jaarlijkse verhogingen van het eigen risico.

Volgens huidige inzichten bedraagt het verplicht eigen risico na indexatie en verhoging € 455 in 2027 en stijgt deze tot € 490 in 2030. De hoogte van de nominale premie ontwikkelt zich volgens huidige inzichten van € 1.991 in 2027 naar € 2.174 in 2030. De genoemde bedragen kunnen nog veranderen door bijvoorbeeld (loon- en prijs)bijstellingen van de zorguitgaven.

Op basis van de huidige verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven ontwikkelt de nominale premie van ongeveer € 1.990 in 2027 naar ongeveer € 2.170 in 2030. Deze bedragen zijn met grote onzekerheid omgeven; de komende maanden komen nog veel realisatiegegevens beschikbaar die van invloed zijn op de verwachte premie. Op Prinsjesdag wordt de definitieve raming voor 2027 bekend gemaakt. De verwachte nominale premie voor de jaren na 2027 wordt doorlopend geactualiseerd op basis van nieuwe inzichten. De nominale premie wordt uiteindelijk door verzekeraars zelf vastgesteld.

Het kabinet vindt het belangrijk dat de doelen van het verplicht eigen risico worden versterkt: medefinanciering en kostenbewustzijn. Door het bevriezen van het verplicht eigen risico, stijgt dit niet mee met de

zorguitgaven en neemt de werking van het verplicht eigen risico relatief af. Daarom is ervoor gekozen het verplicht eigen risico conform de in de Zvw geregelde systematiek weer jaarlijks te indexeren met de stijging van de zorguitgaven.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de mensen die hun eigen risico niet volmaken wel zullen profiteren van een lagere nominale premie. Deze leden vragen de regering of zij nadere duiding bij deze groep kan geven. Is de aanname van de leden van de ChristenUnie-fractie correct dat in deze groep mensen met een hogere SES-status oververtegenwoordigd zijn? En geldt de aanname andersom ook, namelijk dat mensen met een lagere SES-status oververtegenwoordigd zijn in de groep mensen voor wie het totale effect het meest negatief is?

Op basis van CBS-microdata is voor 2023 gekeken in hoeverre verschillende groepen verzekerden het verplicht eigen risico vol maken als er wordt gekeken naar sociaaleconomische status. De sociaaleconomische status wordt uitgedrukt in de zogenaamde SES-WOA-score. Bij een hogere score zijn inwoners welvarender en/of hoger opgeleid en/of langduriger aan het werk. Uit onderstaande tabel blijkt dat naarmate er sprake is van een hogere SES-status, het aandeel volwassenen dat het verplicht eigen risico vol maakt, afloopt.

SESWOA	Aandeel volwassenen met volledig verplicht ER
– 2.5 tot – 2	62%
– 2 tot – 1.5	55%
– 1.5 tot – 1	57%
– 1 tot – 0.5	62%
– 0.5 tot 0	58%
0 tot 0.5	51%
0.5 tot 1	41%
1 tot 1.5	38%

*De leden van de **SP-fractie** wijzen erop dat het verhogen van het eigen risico een lompe en ongerichte maatregel is om passende zorg af te dwingen. Bij het eigen risico wordt namelijk niet gekeken naar de medische noodzaak van de zorg. Sterker nog, het geldt enkel voor zorg waarvan een arts de medische noodzaak al heeft vastgesteld. Bovendien raakt het mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte en/of beperking disproportioneel, omdat zij vaker zorg nodig hebben en het eigen risico een groter percentage van hun inkomen beslaat. Waarom kiest de regering er dan toch voor om zo'n kortzichtige maatregel in te zetten?*

Het eigen risico zorgt voor medefinanciering, waardoor aan iedereen een lagere premie kan worden gevraagd. Verder creëert het kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Daarnaast draagt het eigen risico bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezond Nederland om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij onderzocht hebben welk deel van de verwachte door de overheid gestimuleerde zorgmijding (ook wel aangeduid als het remgeldeffect) zal worden veroorzaakt door mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte en/of beperking. Zo ja, om welk percentage gaat dit? Zo nee, is de regering bereid dit alsnog te doen?

Verdiepend onderzoek door het Nivel laat zien dat kwetsbare groepen mensen, zoals mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid vaker om financiële redenen afzien van zorg.[25] In eerdere doorrekeningen van het CPB wordt het remgeldeffect niet uitgesplitst naar verschillende achtergrondkenmerken. Het verwachte remgeldeffect van € 613 miljoen is daarom niet te verdelen naar verschillende typen verzekerden. Onderzoek van het CPB uit 2024 laat zien dat het zorggebruik van mensen met een laag inkomen bij een aanpassing van het eigen risico niet meer of minder verandert dan het zorggebruik van mensen met een hoog inkomen. Wel zullen de eigen betalingen van mensen met een laag inkomen meer stijgen, omdat zij meer gebruik maken van zorg.[26]

De leden van de SP-fractie vinden het opmerkelijk dat de regering doet alsof mensen profiteren van deze maatregel, doordat de premie minder stijgt door de verhoging van het eigen risico. Zij wijzen er namelijk op dat de regering de verwachte lagere premiestijging lijkt aan te grijpen om dit geld via belastingverhogingen bij de inkomstenbelasting in te zetten voor investeringen in defensie. Waarom erkent de regering dit niet in de memorie van toelichting?

Het kabinet verhoogt het verplicht eigen risico om de doelen van het verplicht eigen risico te versterken, namelijk medefinanciering en kostenbewustzijn. Doordat het verplicht eigen risico al sinds 2016 hetzelfde is, is de werking van het instrument afgenomen. Dit heeft geleid tot een hogere zorgvraag en opwaartse druk op de premie. Het kabinet acht dit een passende maatregel in een breder pakket van maatregelen om de houdbaarheid van de zorg te verbeteren.

5. Europese aspecten

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6. Uitvoering en regeldruk

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de regeldrukkosten voor burgers worden ingeschat op € 8,2 miljoen en dat daarbij wordt uitgegaan van twee minuten kennisneming per volwassen verzekerde. Waarom acht de regering twee minuten realistisch voor een wijziging die voor miljoenen mensen gevolgen heeft voor hun portemonnee? Is hierbij rekening gehouden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden, mensen die de Nederlandse taal minder goed beheersen en mensen die al moeite hebben met zorgnota's en eigenrisicorekeningen?*

De regeldrukgevolgen voor burgers zijn in beeld gebracht conform de Rijksbrede methodiek. Veel Nederlanders zullen slechts kennisnemen van het nieuwe bedrag van het verplicht eigen risico. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt met dit wetsvoorstel niet gewijzigd. Het

[25] Rapport «Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen», Nivel, 2024.

[26] CPB (2024), De reactie op eigen betalingen in de zorg: de invloed van leeftijd, geslacht en inkomen, Den Haag.

wetsvoorstel heeft dan ook geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers, behoudens eenmalige kennisnemingskosten. Hierbij is gerekend met een gemiddelde tijdsbesteding van alle Nederlanders. Het is daarbij de vraag in hoeverre de tijd die sommige mensen kwijt zijn aan het berekenen van de gevolgen van een maatregel voor het huishoudboekje, hierin moet worden meegenomen. Mensen hebben ieder jaar te maken met veranderingen in hun koopkracht als gevolg van individuele omstandigheden alsmede veranderingen in overheidsbeleid.

Kan de regering toelichten hoe burgers tijdig en begrijpelijk worden geïnformeerd over de verhoging per 2027 en de tranchering per 2028? Wordt deze communicatie vooraf getest bij ouderen, chronisch zieken, mensen met lage inkomens en verzekerden met een vrijwillig eigen risico?

Het Ministerie van VWS voert jaarlijks een publiekscampagne over de zorgverzekering, waaronder het eigen risico. VWS zet daarbij radio, sociale media, animaties en de website ikregelmijnzorggoed.nl in. Een voorlichtingsteam gaat daarnaast het land in en is op meer dan 60 locaties aanwezig, zoals markten, stations en uitkeringskantoren. Er is speciale aandacht voor kwetsbare groepen, zoals jongeren van 18–39 jaar en mensen met een lager opleidingsniveau. Ook wordt voorlichting gegeven over de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Zorgverzekeraars, gemeenten, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en patiëntenorganisaties spelen elk een aanvullende voorlichtingsrol. Voor de tranchering van het verplicht eigen risico zal nog een aanvullend communicatieplan worden opgesteld en uitgevoerd.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 13 van de memorie van toelichting dat de regeldrukkosten voor burgers als gevolg van de verhoging worden geraamd op € 8,2 miljoen, waarbij is uitgegaan van 14,5 miljoen volwassen verzekerden die twee minuten nodig hebben om kennis te nemen van de nieuwe hoogte van het eigen risico. Kan de regering nader onderbouwen waarom twee minuten realistisch is, gelet op de gelijktijdige effecten op het eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag?*

De regeldrukgevolgen voor burgers zijn in beeld gebracht conform de Rijksbrede methodiek. Veel Nederlanders zullen slechts kennisnemen van het nieuwe bedrag van het verplicht eigen risico. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt met dit wetsvoorstel niet gewijzigd. Het wetsvoorstel heeft dan ook geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers, behoudens eenmalige kennisnemingskosten. Hierbij is gerekend met een gemiddelde tijdsbesteding van alle Nederlanders. Het is daarbij de vraag in hoeverre de tijd die sommige mensen kwijt zijn aan het berekenen van de gevolgen van een maatregel voor het huishoudboekje, hierin moet worden meegenomen. Mensen hebben ieder jaar te maken met veranderingen in hun koopkracht als gevolg van individuele omstandigheden alsmede veranderingen in overheidsbeleid.

De leden van de JA21-fractie lezen in het advies van het ATR dat de combinatie van verhoging en tranchering het systeem aanzienlijk ingewikkelder maakt en dat het risico bestaat dat de beoogde gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd. Kan de regering toelichten waarom de doenvermogentoets pas in het najaar wordt uitgevoerd? Waarom is deze toets niet in een eerder stadium uitgevoerd?

De doenvermogentoets wordt uitgevoerd met het oog op het uitwerken van de voorlichting over de tranchering van het verplicht eigen risico. De verwachting is niet dat de maatregel dusdanig ingewikkeld is dat de beoogde gedragseffecten uitblijven of dat deze anders uitpakken dan

beoogd. Wel wordt de doenvermogentoets zo nodig gebruikt om de voorlichting aan te scherpen.

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering bereid is de uitkomsten van de doenvermogentoets aan de Kamer te sturen voordat het ontwerpbesluit tranchering eigen risico wordt vastgesteld. Kan de regering toezeggen dat de tranchering niet wordt vastgesteld voordat de werkbaarheid voor verschillende groepen verzekerden aantoonbaar is onderbouwd?

De doenvermogentoets wordt uitgevoerd met het oog op het uitwerken van de voorlichting over de tranchering van het verplicht eigen risico. De verwachting is niet dat de maatregel dusdanig ingewikkeld is dat de beoogde gedragseffecten uitblijven of dat deze anders uitpakken dan beoogd. Wel wordt de doenvermogentoets zo nodig gebruikt om de voorlichting aan te scherpen. Dit kabinet zal de Kamer in 2027 informeren over de uitkomsten van de doenvermogentoets en de voorbereidingen van de voorlichting.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering de regeldruk voor zorgaanbieders beoordeelt. Zorgaanbieders hebben immers ook een informatieplicht richting patiënten over kosten van zorg. Welke extra vragen voor zorgaanbieders verwacht de regering door de verhoging in 2027 en door de tranchering in 2028?

Zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg krijgen vragen van patiënten over de dbc-systematiek en de hoogte van het te verrekenen eigen risico. Het kabinet verwacht dat zorgaanbieders als gevolg van de tranchering van het verplicht eigen risico meer vragen zullen krijgen. Om die reden zullen in het nog uit te werken communicatieplan ook zorgaanbieders worden betrokken. Met hen zal onder andere een lijst met te verwachte vragen worden opgesteld, zodat ook zij zich hier op kunnen voorbereiden.

*De leden van de **SGP-fractie** vragen waarom de regering geen uitvoeringstoets of invoeringstoets heeft uitgevoerd.*

De verhoging van het eigen risico is voor de zorgverzekeraars eenvoudig uit te voeren. Om die reden is daarover geen uitvoeringstoets of invoeringstoets gevraagd. Voor de tranchering van het verplicht eigen risico zijn zorgverzekeraars wel gevraagd naar de impact op de uitvoering. Zorgverzekeraars hebben met een kwalitatieve analyse de impact van de maatregel geïnventariseerd.

Het is voor de leden van de SGP-fractie onduidelijk hoe het vrijwillig eigen risico moet worden uitgevoerd bij de voorgenomen aanpassing van het verplicht eigen risico. Moet het vrijwillig eigen risico aangesproken worden voor- of nadat het verplicht eigen risico in tranches is opgemaakt?

Op grond van artikel 23, derde lid, Zvw moet een zorgverzekeraar zorgkosten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico brengen. Na invoering van de tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg, zal derhalve (totdat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico zal zijn bereikt) telkens de eerste € 150 van een rekening voor medisch-specialistische zorg uit het verplicht eigen risico worden betaald. Of direct na een tranche van € 150 voor het restant van de rekening een eventueel door de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangesproken, hangt af van wat de zorgverzekeraar daarover in de zorgpolis zal hebben bepaald. De zorgverzekeraar is vrij om in die

polis bepalen dat hij dit doet, maar kan er ook voor kiezen om vrijwillig eigen risico pas in rekening te brengen nadat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico is bereikt. Wel moet hij voor alle verzekerden met vrijwillig eigen risico hetzelfde doen en – zoals hiervoor al aangegeven – met het oog op de kenbaarheid voor zijn verzekerden zijn handelwijze in zijn zorgpolis opnemen. De vrijheid die de zorgverzekeraars op dit punt hebben, past goed bij het feit dat de zorgverzekeraars ook de vrijheid hebben om zelf te bepalen welke vormen van zorg hij buiten het vrijwillig eigen risico houden (art. 21, vierde lid, Zvw). Beide vrijheden sluiten aan bij het uitgangspunt van de Richtlijn Solvabiliteit II van de Europese Unie (EU) dat private schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid dient te worden gegeven in het bepalen van hun polisvoorwaarden.

De zorgverzekeraars wijzen erop dat er ongewenste effecten zouden kunnen optreden in aanloop naar de tranchering van het eigen risico. Het is niet ondenkbaar dat mensen door de verhoging van het eigen risico in 2027 een behandeling gaan uitstellen tot het moment dat in 2028 de tranchering van kracht wordt. Dit kan honderden euro's schelen. De leden van de SGP-fractie herkennen deze zorg. Hoe wil de regering deze ongewenste gedragseffecten voorkomen?

Met de huidige vormgeving van het eigen risico ervaren mensen nadat ze het eigen risico vol hebben gemaakt geen financiële prikkel meer om terughoudend te zijn met hun zorgvraag. Als mensen weten dat ze door tranchering bij gebruik van medisch-specialistische zorg minder eigen risico betalen, is het inderdaad voorstelbaar dat een klein deel van de zorgvraag aan het einde van het jaar 2027 wordt uitgesteld tot begin 2028.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** zien dat verwezen wordt naar flankerend beleid om zorg betaalbaar te houden voor iedereen. Daarbij wordt ook gerefereerd aan minimapolissen die via gemeenten aangeboden worden en het reguliere armoedebeleid van gemeenten. Deze leden vragen daarom waarom de regering over voorliggend wetsvoorstel geen overleg heeft gevoerd met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)?*

Het flankerend beleid waarnaar in de memorie van toelichting verwezen wordt, waaronder de zorgtoeslag en de mogelijkheden die gemeenten hebben, betreffen bestaand beleid.
Op dit moment wordt geanalyseerd welke gevolgen diverse maatregelen uit het coalitieakkoord, waar het eigen risico er een van is, kunnen hebben voor mensen in een kwetsbare positie. Verwacht wordt dat deze inhoudelijke analyse met de VNG en gemeenten het goede gesprek helpt. De gesprekken met stakeholders, waaronder gemeenten, worden op korte termijn gestart. Ook zijn er op onderdelen al gesprekken met gemeenten. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN om de gemeentepolis beter in te zetten.

7. Budgettaire gevolgen

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat verzekerden door de verhoging naar verwachting € 437 miljoen meer gaan betalen aan verplicht eigen risico in 2027. Kan de regering bevestigen dat dit bedrag wordt opgebracht door mensen die zorg gebruiken? Hoe is dit bedrag verdeeld over leeftijdsgroepen, inkomensgroepen en mensen met meerjarig zorggebruik?*

Door verhoging van het verplicht eigen risico met € 60 stijgt de opbrengst van het verplicht eigen risico naar verwachting met € 437 miljoen in 2027 doordat mensen met zorggebruik meer gaan betalen. In 2027 betalen naar

verwachting 7,3 miljoen mensen het volledige verplicht eigen risico. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd en huishoudinkomen wel beschikbaar voor het jaar 2022, wat indicatief kan zijn voor 2027. Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in meerdere opeenvolgende jaren het verplicht eigen risico vol maken, hetgeen als indicator is gehanteerd van meerjarig zorggebruik. De resultaten staan in onderstaande tabel.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.545.300
Tot AOW-leeftijd	4.123.700
AOW-leeftijd of ouder	2.421.500
Minder dan 20.000 euro	189.500
20.000 tot 30.000 euro	818.500
30.000 tot 40.000 euro	793.100
40.000 tot 50.000 euro	610.400
50.000 tot 75.000 euro	1.155.800
75.000 tot 100.000 euro	893.300
100.000 euro en meer	2.066.200
Inkomen onbekend	18.500
3 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2019–2021)	4 miljoen
5 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2017–2021)	3 miljoen
7 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2015–2021)	2,5 miljoen
10 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2012–2021)	2 miljoen

[1] Door afronding kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

Deze leden lezen daarnaast dat de regering rekent met € 613 miljoen lagere zorguitgaven door een groter remgeldeffect. Welke zorg wordt naar verwachting niet meer geleverd als gevolg van deze raming? Om welke typen zorg, specialismen of behandelingen gaat het? Is in de raming rekening gehouden met hogere kosten op langere termijn doordat noodzakelijke zorg wordt uitgesteld?

De verwachting is dat door de verhoging van het verplicht eigen risico er met name minder zorgvraag zal zijn in sectoren waar het eigen risico relevant is. Een uitsplitsing naar specialismen en behandeling is niet beschikbaar.

De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn in 2020 onderzocht en beschreven door het CPB. Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van dit wetsvoorstel.

Het CPB heeft een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het door het CPB gebruikte model.[27] In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid kan verslechteren en hij later alsnog meer zorg gebruikt en hogere zorgkosten maakt. Dit effect wordt deels meegenomen in het model, omdat het gebruik mogelijk tot uiting komt in de totale kosten van zorg op korte termijn. Het is op basis van het model niet mogelijk om inzicht te krijgen in het aandeel verschuiving naar duurdere zorg. Het inzichtelijk maken van verschuiving

[27] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

naar duurdere zorg is complex omdat er bijvoorbeeld niet altijd een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen een bepaalde zorgvraag en het mijden van zorg eerder in de tijd.

*De leden van de **CDA-fractie** lezen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord dat de tranchering van het eigen risico op 150 euro vanaf 2028 een besparing van € 200 miljoen per jaar moet opleveren. Deze leden vragen de regering toe te lichten hoe zij verwacht tot deze besparing te komen en in de beantwoording de aan deze besparing onderliggende cijfers en effecten toe te lichten.*

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). 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. Als 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.

Aangezien de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg ertoe leidt dat verzekerden minder snel hun eigen risico vol maken is de veronderstelling 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 eerdere berekeningen van het CPB, dat dit effect heeft berekend met behulp van een microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.[28] Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering een daling van de collectieve zorguitgaven wordt verwacht. Hierbij wordt rekening gehouden met een daling van € 613 miljoen aan zorguitgaven in 2027 door een verhoging van het zogeheten remgeldeffect. Deze lezen ook dat als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan € 150, en er sprake is van een vrijwillig eigen risico, de zorgverzekeraar het bedrag boven de € 150 voor rekening van het vrijwillig eigen risico kan brengen, ook als het totaalbedrag van het verplicht eigen risico nog niet is bereikt. Deze leden vragen de regering of zij verwacht dat dit effect heeft op het aantal mensen dat besluit om een vrijwillig eigen risico af te sluiten en wat het effect hiervan is op het remgeldeffect en dientengevolge de zorguitgaven na 2027.

---

[28] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

Het kabinet verwacht niet dat dit een substantieel effect heeft op het aantal mensen dat besluit om een vrijwillig eigen risico te sluiten.

Het remgeldeffect dat in kaart is gebracht geldt enkel voor de wijziging van het verplicht eigen risico. Er wordt aangenomen dat als mensen een andere keuze maken met betrekking tot het vrijwillig eigen risico, dat geen effect heeft op het remgeldeffect van de tranchering van het verplicht eigen risico.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 13 van de memorie van toelichting dat het budgettaire effect bestaat uit hogere opbrengsten uit het verplicht eigen risico en lagere zorgkosten door een hoger kostenbewustzijn. Kan de regering per budgettaire post aangeven welke onzekerheidsmarges gelden? Hoe gevoelig zijn de ramingen voor een lager of hoger remgeldeffect dan verondersteld?*

Het financieringseffect (de hogere opbrengst van het verplicht eigen risico) is met name afhankelijk van de verdeling van uitgaven tussen sectoren en binnen sectoren tussen verzekerden die hun eigen risico niet vol maken en verzekerden die hun eigen risico wel vol maken. Het model wordt daarom doorlopend geactualiseerd aan de uitgavenverwachtingen en jaarlijks herijkt aan de meest recente gegevens van de risicoverevening, zodat van de meest actuele gegevens wordt uitgegaan. De raming van het financieringseffect is beperkt gevoelig voor kleine wijzigingen van het remgeldeffect. Dit komt doordat het remgeldeffect naar verwachting voor een groot deel neerslaat in sectoren waarbij het grootste deel van de zorggebruikers hun verplicht eigen risico volmaken.

De inschatting van het remgeldeffect is gebaseerd op eerdere berekeningen van het CPB. Het CPB heeft in 2020 een microsimulatiemodel in gebruik genomen, dat is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico in kaart hebben gebracht. Hoewel het model wetenschappelijk is onderbouwd en getoetst, kent het model ook beperkingen en onzekerheden.[29] Dat geldt bijvoorbeeld als er gekeken zou worden naar substantieel andere hoogtes van het verplicht eigen risico, zoals in het hypothetische geval van verhoging van het verplicht eigen risico tot € 2.000. Dit is echter niet het geval voor de verhoging van € 60.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de investering in de tranchering zich verhoudt tot de geraamde maatschappelijke baten. Kan de regering een totaaloverzicht geven van de implementatiekosten voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, softwareleveranciers en de overheid, inclusief informatievoorziening, processen en aanpassing van ICT-systemen?
De leden van de JA21-fractie vragen in hoeverre deze implementatiekosten uiteindelijk worden doorberekend in de premie. Kan de regering het netto-effect op de nominale premie in 2027, 2028, 2029 en 2030 inzichtelijk maken, afzonderlijk voor de verhoging, de indexering, de tranchering en de uitvoeringskosten?

---

[29] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

Het kabinet kan geen totaaloverzicht geven van de implementatiekosten van de tranchering van het verplicht eigen risico. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat 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. De precieze gevolgen voor de ICT worden echter pas in beeld gebracht als er voldoende zekerheid is dat de tranchering van het verplicht eigen risico per 2028 wordt ingevoerd. Zorgaanbieders hebben aangegeven dat hun ICT niet aangepast hoeft te worden als gevolg van de tranchering van het verplicht eigen risico. Wel worden meer vragen over het verplicht eigen risico verwacht. In het najaar 2026 zal worden gestart met een doenvermogentoets en met het uitwerken van de informatievoorziening en voorlichting.

De uiteindelijke implementatiekosten zullen door zorgverzekeraars worden meegenomen in het vaststellen van de nominale premie.

In onderstaande tabel staan de effecten van wijzigingen van het verplicht eigen risico op de nominale premie. Voor de uitvoeringskosten is de verwachting dat deze slechts een marginaal effect hebben op de premie.

Effecten van wijzigingen verplicht eigen risico op nominale premie

	2027	2028	2029	2030
Verhoging	– 48	– 46	– 46	– 46
Indexering	– 8	– 21	– 25	– 38
Tranchering		– 2	– 2	– 2

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering de lastenverzwaring uit de Voorjaarsnota 2026 betrekt bij de financiële effecten voor burgers. Kan de regering inzichtelijk maken wat het totale effect is voor burgers wanneer zowel de lagere nominale premie, de lagere zorgtoeslag, het hogere eigen risico en de compenserende lastenverzwaring worden meegenomen?

Door de verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, is de nominale premie € 48 minder hoog en is de zorgtoeslag € 19 minder hoog. Zowel deze effecten als het effect van de hogere inkomstenbelasting worden voor verschillende inkomensniveaus getoond in onderstaande tabel.

Financiële gevolgen burgers van verhogen verplicht eigen risico en verhoging inkomstenbelasting in 2027 (– = negatief financieel effect, + = positief financieel effect)

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Inkomens-effect	Effect hogere inkomsten-belasting	Inkomens-effect incl. hogere inkomsten-belasting
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[1]	– 60	48	– 19	– 30		
Bijstand				– 0,2%	– 30	– 0,4%
WML				– 0,1%	– 42	– 0,3%
AOW				– 0,2%	– 6	– 0,2%
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[1]	– 60	48	–	– 12		
Modaal				0,0%	– 67	– 0,2%
AOW + € 25.000				0,0%	– 64	– 0,2%

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Inkomens-effect	Effect hogere inkomsten-belasting	Inkomens-effect incl. hogere inkomsten-belasting
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag[2]	–	48	– 19	30		
Bijstand				0,2%	– 30	0,0%
WML				0,1%	– 42	0,0%
AOW				0,1%	– 6	0,1%
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag[2]	–	48	–	48		
Modaal				0,1%	– 67	– 0,1%
AOW + € 25.000				0,1%	– 64	0,0%

[1] Dit betreft verzekerden die in 2027 ten minste € 455 aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.
[2] Dit betreft verzekerden die in 2027 € 395 of minder aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering of bij de inschatting van het remgeldeffect ook rekening is gehouden met de gevolgen van zorgmijding en mogelijk hogere zorgkosten bij later ingrijpen bij medische klachten. Zo nee, is hier een inschatting van te maken? Aanvullend vragen deze leden of bekend is voor welke categorieën zorgvragen de zorg wordt uit- of afgesteld als gevolg van het verhogen van het verplicht eigen risico.*

De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn in 2020 onderzocht en beschreven door het CPB. Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van dit wetsvoorstel.

Het CPB heeft een achtergronddocument gepubliceerd met een beschrijving van het door het CPB gebruikte model[30]. In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, waardoor zijn gezondheid kan verslechteren en hij later alsnog meer zorg gebruikt en hogere zorgkosten maakt. Dit effect wordt deels meegenomen in het model, omdat het gebruik mogelijk tot uiting komt in de totale kosten van zorg op korte termijn. Het is op basis van het model niet mogelijk om inzicht te krijgen in het aandeel verschuiving naar duurdere zorg. Het inzichtelijk maken van verschuiving naar duurdere zorg is complex omdat er bijvoorbeeld niet altijd een duidelijke relatie gelegd kan worden tussen een bepaalde zorgvraag en het mijden van zorg eerder in de tijd.

De verwachting is dat door de verhoging van het verplicht eigen risico er met name minder zorgvraag zal zijn in sectoren waar mensen hun eigen risico normaliter volmaken. Een verdere uitsplitsing is niet beschikbaar.

*De leden van de **SP-fractie** vragen de regering in hoeverre bij de berekening van de verwachte door de overheid gestimuleerde zorgmijding (ook wel aangeduid als het remgeldeffect) rekening heeft*

[30] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

gehouden met het effect op uitgestelde zorg. Het eigen risico geldt immers enkel om zorg waarvoor een verwijzing nodig is van een arts, die daarmee heeft bepaald dat deze zorg noodzakelijk is. De kans is daarmee groot dat zorgmijding vanwege het eigen risico leidt tot uitgestelde zorg, waardoor later die kosten alsnog moeten worden gemaakt en soms zelfs meer kosten. In hoeverre is dit meegerekend?

Het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke zorg en medisch niet-noodzakelijke zorg, vanwege het eigen risico, is cijfermatig en verhoudingsgewijs niet te maken. Dit komt onder meer omdat het onderscheid kan verschillen per individu en/of groep. Zorgmijding heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot welke zorgmijding leidt. Daarnaast 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 geweest. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek naar zorgmijding een heel lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid beïnvloeden, en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Daarom is er weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg die wordt gemeden en is dit ook niet meegenomen in de berekeningen van het remgeldeffect.

8. Advies en consultatie

Kan de regering een reactie geven op de specifiek aangestipte zorgen uit de samenvatting van zorgaanbieders, zo vragen de leden van de ***PRO-fractie****.*

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen heeft eerder aangegeven dat 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, en vreesde dat er een beroep op niet-passende zorg zou worden gedaan dat moeilijk uit het medisch-specialistische domein te weren is. Naar aanleiding van de verhoging van het verplicht eigen risico hebben zij hun zorgen geuit over de gevolgen van uitgestelde zorg, waardoor de ernst van de zorgvraag kan toenemen. Ook de Nederlandse GGZ waarschuwt dat een hoger eigen risico kan leiden tot uitgestelde zorg die later in zwaardere vorm alsnog het zorgsysteem kan binenkomen.

Dit kabinet ziet de verhoging van het verplicht eigen risico als noodzakelijke maatregel om de zorg houdbaar en betaalbaar te houden, maar onderkent ook dat het verplicht eigen risico, met name bij financieel kwetsbare groepen met zorgkosten, kan leiden tot het uitstellen van medisch noodzakelijke zorg. Het is daarom van belang om gerichte ondersteuning te bieden.

De leden van de ***PVV-fractie*** *lezen dat de Raad van State vraagt om een meer consistente en voorspelbare koers rond het verplicht eigen risico. Kan de regering aangeven hoe dit voorstel daaraan bijdraagt, nu eerdere plannen juist uitgingen van verlaging van het verplicht eigen risico?*

De systematiek van het eigen risico is in de Zvw geregeld: in principe wordt het verplicht eigen risico ieder jaar evenredig aan de geraamde stijging van de zorgkosten geïndexeerd. Sinds 2018 is deze systematiek echter niet toegepast. In plaats daarvan is het eigen risico steeds

bevroren. Het kabinet Schoof was inderdaad van plan het eigen risico te verlagen. Dit kabinet wil de in de Zvw neergelegde wijzigingssystematiek van het eigen risico weer gewoon toepassen, dat wil zeggen het eigen risico evenredig aan de stijging van de zorgkosten indexeren. Daarnaast wil het kabinet het eigen risico eenmalig met een bedrag van € 60 verhogen, en het eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg eenmalig trancheren (waarbij wel het tranchebedrag vanaf 2029 zo zal worden vastgesteld dat het onafgerond 33% van het onafgeronde totaalbedrag aan eigen risico bedraagt). Het kabinet heeft geen verdere plannen tot wijziging van de eigenrisicosystematiek. Door de terugkeer naar de in de Zvw neergelegde systematiek is sprake van een consistent en voorspelbaar beleid.

Kan de regering nader motiveren waarom de verhoging van € 60 noodzakelijk en proportioneel is?

Als het verplicht eigen risico sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw, dan zou het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zijn uitgekomen op € 535. Dat is € 150 hoger dan het daadwerkelijke verplicht eigen risico van € 385 in 2026. Met de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico wil het kabinet het eigen risico weer meer laten aansluiten bij het niveau van de zorguitgaven, wat zal leiden tot meer medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben en meer kostenbewustzijn. Het kabinet is van mening dat deze keuze tot een betere balans leidt tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Deze leden lezen dat de Raad van State waarschuwt dat verwachtingen worden gewekt over wat gemeenten voor kwetsbare groepen kunnen doen. Kan de regering aangeven of gemeenten extra middelen krijgen om deze verwachtingen waar te maken? Heeft overleg plaatsgevonden met de VNG en wat was daarvan de uitkomst?

De indexering, verhogingen tranchering van het verplicht eigen risico maken onderdeel uit van een breder pakket aan maatregelen. Het totaal aan maatregelen in de zorg en de sociale zekerheid kan forse consequenties hebben voor burgers. Het is daarom niet ondenkbaar dat ook gemeenten een rol zullen hebben in het beleid om burgers te ondersteunen bij deze gevolgen. Indien dit het geval is, zal het kabinet met de VNG en gemeenten in gesprek gaan over de vormgeving van deze ondersteuning. Een eventueel gesprek over extra middelen is nu nog niet aan de orde.

Ook zijn er op onderdelen wel al gesprekken met gemeenten. Dit kabinet is in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN om de gemeentepolis beter in te zetten.

De leden van de PVV-fractie constateren dat de internetconsultatie zag op eerdere plannen voor verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 en tranchering met tranches van € 50. Waarom is geen nieuwe internetconsultatie gehouden over de nu voorliggende combinatie van verhoging naar circa € 455 en tranchering met tranches van € 150? Welke kritiek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), patiëntenorganisaties en uitvoerders is overgenomen en welke niet?

Eind 2024 lagen het wetsvoorstel tot verlaging van het eigen risico en het vorige ontwerpbesluit tot tranchering van het eigen risico open voor internetconsultatie. Burgers, belangenorganisaties en partijen leggen ofwel de nadruk op:

- de gevolgen van een lager eigen risico voor een toename van de zorgvraag (waaronder ook meer niet-passende zorg) en een hogere zorgpremie, ofwel;
- de gevolgen van een hoger verplicht eigen risico op een mogelijk toename van ongewenste zorgmijding.

Deze reacties zijn meegenomen bij het uitwerken van de onderhavige wetgeving en het flankerende beleid om gerichte ondersteuning te bieden aan financieel kwetsbare groepen. Het kabinet vindt de keuze om het wetsvoorstel tot verhoging van het eigen risico niet voor te leggen voor internetconsultatie daarom gerechtvaardigd.

Kan de regering per adviespunt van het ATR aangeven wat concreet is aangepast naar aanleiding van de kritiek op nut en noodzaak, werkbaarheid, alternatieven en regeldruk? Kan de regering daarbij ook ingaan op stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen?

Naar aanleiding van de opmerking van het ATR over ongewenste zorgmijding is aan paragraaf 3b van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, waarin al stond dat het lastig is om te meten in welke mate ongewenste zorgmijding het gevolg is van het eigen risico, toegevoegd dat het CPB onderzoek doet naar het niet-opvolgen van een verwijzing van een huisarts. Dat kan namelijk duiden op ongewenste zorgmijding.

Het ATR stelt voor om een doenvermogenstoets te verrichten om de werkbaarheid voor burgers in kaart te brengen. Omdat de tranchering voor burgers waarschijnlijk minder gemakkelijk is te bevatten dan de verhoging, zal de doenvermogenstoets van het najaar gedaan worden en zich focussen op de tranchering. De uitkomsten van de toets zullen worden betrokken bij de vormgeving van de voorlichting. Passages hierover zijn in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het voorgehangen ontwerpbesluit tot tranchering opgenomen.

Het ATR heeft geadviseerd om in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit te concretiseren welke maatregelen het kabinet neemt om de gevolgen van stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen te mitigeren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze groepen (al in 2027) te realiseren. In de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit is aangegeven dat eerst de effecten van stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen moeten worden geanalyseerd. Elders in deze nota naar aanleiding van het verslag wordt hier nader op ingegaan.

Naar aanleiding van de opmerkingen van het ATR zijn de regeldrukkosten van de verhoging en de tranchering herberekend. Dit heeft geleid tot herziene regeldruk-paragrafen in de memorie van toelichting en de nota van toelichting.

Paragraaf 8b van de memorie van toelichting en paragraaf 7c van de nota van toelichting gaan nader in op de ATR-toets en de aanpassingen naar aanleiding daarvan.

*De leden van de **JA21-fractie** vragen of de regering per adviespunt van het ATR kan aangeven of dit volledig, gedeeltelijk of niet is overgenomen. Kan de regering daarbij specifiek ingaan op de adviespunten over ongewenste zorgmijding, werkbaarheid voor burgers, kwetsbare groepen en de herberekening van regeldrukkosten?*

Zoals ook al in antwoord op vragen van de leden van de PVV-fractie is aangegeven, is het advies van de ATR als volgt verwerkt.

Naar aanleiding van de opmerking van het ATR over ongewenste zorgmijding is aan paragraaf 3b van de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel, waarin al stond dat het lastig is om te meten in welke mate ongewenste zorgmijding het gevolg is van het eigen risico, toegevoegd dat het CPB onderzoek doet naar het niet-opvolgen van een verwijzing van een huisarts. Dat kan namelijk duiden op ongewenste zorgmijding.

Het ATR stelt voor om een doenvermogenstoets te verrichten om de werkbaarheid voor burgers in kaart te brengen. Omdat de tranchering voor burgers waarschijnlijk minder gemakkelijk is te bevatten dan de verhoging, zal de doenvermogenstoets van het najaar gedaan worden en zich focussen op de tranchering. De uitkomsten van de toets zullen worden betrokken bij de vormgeving van de voorlichting. Passages hierover zijn in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het voorgehangen ontwerpbesluit tot tranchering opgenomen.

Het ATR heeft geadviseerd om in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit te concretiseren welke maatregelen het kabinet neemt om de gevolgen van stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen te mitigeren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze groepen (al in 2027) te realiseren. In de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel en in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit is aangegeven dat eerst de effecten van stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen moeten worden geanalyseerd. Elders in deze nota naar aanleiding van het verslag wordt hier nader op ingegaan.

Naar aanleiding van de opmerkingen van het ATR zijn de regeldrukkosten van de verhoging en de tranchering herberekend. Dit heeft geleid tot herziene regeldruk-paragrafen in de memorie van toelichting en de nota van toelichting.

Paragraaf 8b van de memorie van toelichting en paragraaf 7c van de nota van toelichting gaan nader in op de ATR-toets en de aanpassingen naar aanleiding daarvan.

*De leden van de **SGP-fractie** vragen om een nadere toelichting waarom de regering het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit niet heeft aangeboden voor internetconsultatie. Het betreft immers de grootste stijging van het verplicht eigen risico in jaren. Over het verhogen van het eigen risico wordt in het publieke debat veel gesproken. Het ligt dan toch voor de hand dat hierover een internetconsultatie plaatsvindt? Daarbij vinden de leden van de SGP-fractie het niet juist dat de regering heeft gemeend om te kunnen volstaan met de inbreng uit de internetconsultatie voor het wetsvoorstel van het kabinet-Schoof om het eigen risico te halveren. Een significante verhoging van het eigen risico is een wezenlijk ander voorstel dan een substantiële verlaging ervan. Een nieuwe internetconsultatie had dan ook op zijn plaats geweest.*

Eind 2024 lagen het wetsvoorstel tot verlaging van het eigen risico en een ander ontwerpbesluit tot tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg open voor internetconsultatie. Er zijn destijds reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen die ofwel de nadruk legden op de gevolgen van ongewenste zorgmijding dan wel de nadruk legden op de gevolgen voor de zorgvraag (en de druk op de zorg)

en de zorgpremie. Deze reacties zijn meegenomen in het uitwerken van de onderhavige wetgeving. Het kabinet vindt de keuze om het wetsvoorstel tot verhoging van het eigen risico niet voor te leggen voor internetconsultatie daarom gerechtvaardigd.

De leden van de SGP-fractie lezen dat ATR adviseert om een doenvermogentoets uit te voeren. De leden van de SGP-fractie lezen dat de regering dit advies opvolgt, maar de doenvermogentoets pas in het najaar uitvoert. Dit betekent dat de doenvermogentoets alleen gebruikt kan worden voor de voorlichting en niet betrokken kan worden bij de wetsbehandeling. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de doenvermogentoets uit te voeren vóórdat het wetsvoorstel in het parlement wordt besproken. Zij verzoeken de regering om dit alsnog te bewerkstelligen.

De doenvermogentoets wordt uitgevoerd met het oog op het uitwerken van de voorlichting over de tranchering van het verplicht eigen risico. De verwachting is niet dat de maatregel dusdanig ingewikkeld is dat de beoogde gedragseffecten uitblijven of dat deze anders uitpakken dan beoogd. Wel wordt de doenvermogentoets zo nodig gebruikt om de voorlichting aan te scherpen. Dit kabinet zal de Tweede Kamer in 2027 informeren over de uitkomsten van de doenvermogentoets en de voorbereidingen van de voorlichting.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** achten het niet deugdelijk dat voorliggend wetsvoorstel niet voorgelegd is voor internetconsultatie. Kan de regering nader toelichten waarom zij deze keuze gerechtvaardigd acht?*

Eind 2024 lagen een wetsvoorstel tot verlaging van het eigen risico en een ander ontwerpbesluit tranchering eigen risico in de medisch-specialistische zorg open voor internetconsultatie. Er zijn destijds reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen die ofwel de nadruk legden op de gevolgen van ongewenste zorgmijding dan wel de nadruk legden op de gevolgen voor de zorgvraag (en de druk op de zorg) en de zorgpremie. Deze reacties zijn meegenomen in het uitwerken van de onderhavige wetgeving. HEt kabinet vindt de keuze om het wetsvoorstel tot verhoging van het eigen risico niet voor te leggen voor internetconsultatie daarom gerechtvaardigd.

9. Gevolgen voor Caribisch Nederland

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

10. Inwerkingtreding en communicatie

*Kan de regering toelichten wat de consequenties zijn als het wetsvoorstel niet door beide Kamers komt voor het zomerreces, zo vragen de leden van de **PRO-fractie**. Wat is de uiterste datum dat voorliggend wetsvoorstel door beide Kamers aangenomen dient te worden om een besparingsverlies te voorkomen? Wat is de omvang van een eventueel besparingsverlies?*

De vaststelling van de nominale premies voor de zorgverzekeringen en de toekenning van de risicovereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars geschiedt volgens een zorgvuldig en strak omlijnd proces, dat al in het najaar van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de premies en risicovereveningsbijdragen gaan gelden, van start gaat.

Uiterlijk op 12 november van het jaar voor het kalenderjaar waarvoor ze moeten gaan gelden, stellen de zorgverzekeraars de nominale premies voor hun zorgverzekeringen vast. Daarvoor dienen zij te weten hoeveel

risicovereveningsbijdrage zij over dat kalenderjaar van het Zorginstituut toegekend zullen krijgen. Het Zorginstituut moet daartoe op zijn beurt weten wat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is dat het over dat kalenderjaar kan toekennen. Daarom is in de Zvw bepaald dat dit totaalbedrag voor 1 oktober van het jaar voor het kalenderjaar bij ministeriële regeling wordt vastgesteld.

Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

Mocht het wetsvoorstel niet worden aangenomen, dan levert dat een besparingsverlies van circa € 1 miljard op.

*De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de parlementaire behandeling uiterlijk begin juli 2026 moet zijn afgerond om het verplicht eigen risico voor 2027 tijdig vast te stellen. Waarom wordt de Kamer onder deze tijdsdruk gezet bij een wetsvoorstel met grote financiële gevolgen voor miljoenen verzekerden?*

De vaststelling van de nominale premies voor de zorgverzekeringen en de toekenning van de risicovereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars geschiedt volgens een zorgvuldig en strak omlijnd proces, dat al in het najaar van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de premies en risicovereveningsbijdragen gaan gelden, van start gaat.

Uiterlijk op 12 november van het jaar voor het kalenderjaar waarvoor ze moeten gaan gelden, stellen de zorgverzekeraars de nominale premies voor hun zorgverzekeringen vast. Daarvoor dienen zij te weten hoeveel risicovereveningsbijdrage zij over dat kalenderjaar van het Zorginstituut toegekend zullen krijgen. Het Zorginstituut moet daartoe op zijn beurt weten wat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is dat het over dat kalenderjaar kan toekennen. Daarom is in de Zvw bepaald dat dit totaalbedrag voor 1 oktober van het jaar voor het kalenderjaar bij ministeriële regeling wordt vastgesteld.

Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 18 van de memorie van toelichting dat de parlementaire behandeling uiterlijk begin juli 2026 moet zijn afgerond om inwerkingtreding per 1 september 2026 mogelijk te maken. Kan de regering nader toelichten wat de gevolgen zijn als het wetsvoorstel niet voor het zomerreces door beide Kamers wordt behandeld? Betekent dit dat de verhoging pas een jaar later kan plaatsvinden of zijn er alternatieve routes?*

Zoals ik hiervoor al in antwoord op een vraag van de leden van de JA21-fractie heb aangegeven, dient het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage dat het Zorginstituut over het jaar 2027 aan zorgverzekeraars kan toekennen, voor 1 oktober 2026 bij ministeriële regeling vastgesteld te worden. Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

De leden van de JA21-fractie vragen welke concrete communicatieverantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid komt te liggen. Kan de regering aangeven wie het aanspreekpunt is voor

verzekerden die vragen hebben over de samenloop van het verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico, zorgtoeslag en tranchering?

Het Ministerie van VWS voert jaarlijks een publiekscampagne over de zorgverzekering, waaronder het eigen risico. VWS zet daarbij radio, sociale media, animaties en de website ikregelmijnzorggoed.nl in. Een voorlichtingsteam gaat daarnaast het land in en is op meer dan 60 locaties aanwezig, zoals markten, stations en uitkeringskantoren. Er is speciale aandacht voor kwetsbare groepen, zoals jongeren van 18–39 jaar en mensen met een lager opleidingsniveau. Ook wordt voorlichting gegeven over de mogelijkheid om het eigen risico gespreid te betalen. Zorgverzekeraars, gemeenten, de SKGZ en patiëntenorganisaties spelen elk een aanvullende voorlichtingsrol. Zij ontvangen ieder jaar vragen over het eigen risico en vaak ook over de samenloop met het vrijwillig eigen risico en de zorgtoeslag. Voor de tranchering van het verplicht eigen risico zal nog een aanvullend communicatieplan worden opgesteld en uitgevoerd.

De regering wil de verhoging van het eigen risico per 1 januari 2027 invoeren. Daarvoor moet het voorstel nog voor de zomer in beide Kamers worden aangenomen. Het is echter nu reeds duidelijk dat in de Eerste Kamer geen meerderheid is voor verhoging van het eigen risico. De Eerste Kamer heeft immers in meerderheid de motie-Rosenmöller c.s. aangenomen over niet verhogen van het eigen risico[31]. De leden van de ***SGP-fractie*** *vragen de regering wat dit betekent voor het wetsvoorstel. Hoe kansrijk acht de regering het wetsvoorstel überhaupt?*

De zorg staat voor een grote opgave en hervormingen zijn op korte termijn noodzakelijk, waaronder het verhogen van het verplicht eigen risico. Dit kabinet acht het daarom wenselijk om het verplicht eigen risico per 2027 verhogen. Het kabinet spant zich maximaal in om de benodigde steun te krijgen voor deze maatregel, die een belangrijk onderdeel vormt van een pakket aan maatregelen gericht op het toekomstbestendig maken van onze zorg.

De leden van de SGP-fractie merken op dat de systematiek van het eigen risico complexer wordt en daardoor ook moeilijker uitlegbaar wordt aan verzekerden. Welke rol ziet de regering voor zichzelf weggelegd als het gaat om communicatie over de toekomstige werking van het eigen risico?

Het kabinet ziet een belangrijke rol voor zichzelf weggelegd om verzekerden tijdig te informeren over de werking van het eigen risico. Daarom zal er in de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding van de tranchering van het eigen risico voor medisch-specialistische zorg gerichte informatievoorziening plaatsvinden 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.

De leden van de ***ChristenUnie-fractie*** *begrijpen uit de memorie van toelichting dat er haast is met behandeling van het wetsvoorstel om het wetsvoorstel tijdig in werking te kunnen laten treden. Deze leden vragen echter hoe de regering (met een minderheidscoalitie in beide Kamers) verwacht de verhoging van het eigen risico te kunnen realiseren, zonder dat er duidelijkheid is over hoe de enveloppe voor tegemoetkoming voor chronisch zieken (om tegemoet te komen aan het hogere verplicht eigen risico) uitgegeven wordt?*

---

[31] Kamerstuk 36 848, C

Gegeven dat de houdbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk staan, en het verplicht eigen risico zich sinds 2016 niet mee heeft ontwikkeld met de zorgkostenstijging, ziet het kabinet noodzaak om het verplicht eigen risico te verhogen. Dit zal de stijgende druk op de zorgpremie voor iedereen beperken. Het kabinet ziet daarmee voldoende aanleiding om het eigen risico te verhogen.

De genoemde enveloppe is bedoeld voor compensatie voor een groep mensen voor het totaal aan maatregelen dat het kabinet voornemens is te treffen die invloed hebben op de zorgkosten van mensen, en niet alleen het eigen risico.

II. Artikelsgewijze toelichting

*De leden van de **PVV-fractie** vragen de regering te bevestigen dat dit wetsvoorstel alleen ziet op de verhoging van het verplicht eigen risico en dat de tranchering juridisch via het Besluit zorgverzekering wordt geregeld. Welke ruimte heeft de Kamer nog om de hoogte van het verplicht eigen risico voor 2027 aan te passen en op welk moment kan de Kamer nog invloed uitoefenen op de hoogte, reikwijdte en uitvoering van de tranchering?*

Voorliggend wetsvoorstel gaat inderdaad alleen over de verhoging van het verplicht eigen risico, en de tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg wordt inderdaad via de voorgehangen wijziging van het Besluit zorgverzekering geregeld.

De Tweede Kamer kan de hoogte van het verplicht eigen risico voor 2027 aanpassen door het wetsvoorstel te amenderen. Zij kan via een motie oproepen om de vormgeving van de tranchering te wijzigen ten opzichte van het voorgehangen voorstel.

*De leden van de **JA21-fractie** lezen dat artikel I regelt dat het eigen risico voor 2027 eerst wordt geïndexeerd en vervolgens met € 60 wordt verhoogd. Kan de regering aangeven wanneer de ministeriële regeling waarin het definitieve bedrag wordt vastgesteld naar de Kamer wordt gestuurd? Kan de regering toezeggen dat de Kamer gelijktijdig wordt geïnformeerd over de onderliggende raming van de zorguitgaven die tot de indexatie leidt?*

In de Zvw is opgenomen dat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage uiterlijk 1 oktober wordt vastgesteld. Dat betekent dat daarvoor duidelijkheid moet zijn over de hoogte van het verplicht eigen risico. De datum van vaststelling van de desbetreffende ministeriële regeling zal dus rond die tijd zijn.

In de toelichting bij deze regeling zal worden ingegaan op de onderliggende raming van de zorguitgaven die tot de indexatie leidt. Gelet op het verzoek van de leden van de JA21-fractie zal de regeling met toelichting na publicatie aan de Kamer worden gezonden.

De leden van de JA21-fractie lezen dat artikel III voorziet in inwerkingtreding per 1 september 2026. Kan de regering toelichten welke onderdelen van de uitvoering uiterlijk op die datum gereed moeten zijn? Welke risico's zijn er als de publicatie in het Staatsblad later plaatsvindt dan voorzien?

De vaststelling van de de nominale premies voor de zorgverzekeringen en de toekenning van de risicovereveningsbijdragen aan de zorgverzekeraars geschiedt volgens een zorgvuldig en strak omlijnd proces, dat al in het

najaar van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarvoor de premies en risicovereveningsbijdragen gaan gelden, van start gaat.

Uiterlijk op 12 november van het jaar voor het kalenderjaar waarvoor ze moeten gaan gelden, stellen de zorgverzekeraars de nominale premies voor hun zorgverzekeringen vast. Daarvoor dienen zij te weten hoeveel risicovereveningsbijdrage zij over dat kalenderjaar van het Zorginstituut toegekend zullen krijgen. Het Zorginstituut moet daartoe op zijn beurt weten wat het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is dat het over dat kalenderjaar kan toekennen. Daarom is in de Zvw bepaald dat dit totaalbedrag voor 1 oktober van het jaar voor het kalenderjaar bij ministeriële regeling wordt vastgesteld.

Voor het berekenen van het totaalbedrag aan risicovereveningsbijdrage is de hoogte van het eigen risico een parameter. Het rekenwerk voor de risicoverevening moet begin september aanvangen.

*De leden van de **BBB-fractie** lezen dat het wetsvoorstel vóór het zomerreces moet zijn aangenomen vanwege uitvoeringstechnische redenen. Kan de regering toelichten waarom snelheid van invoering zwaarder weegt dan zorgvuldigheid, nu belangrijke onderzoeken naar zorgmijding nog lopen en compensatiemaatregelen nog niet zijn uitgewerkt?*

Het aanpassen van de hoogte van het verplicht eigen risico is niet nieuw. Sinds de invoering van het verplicht eigen risico in 2008 is het verplicht eigen risico een aantal maal verhoogd en «bevroren» (niet geïndexeerd). Onderzoek naar de effecten van eigen bijdragen, waaronder het eigen risico, op zorgmijding, worden continu uitgevoerd, maar zijn nooit een reden geweest om een wetsvoorstel aan te houden.

Er ligt een grote opgave om de zorg houdbaar en toegankelijk te houden. De zorg legt een steeds groter beslag op de beroepsbevolking en de collectieve uitgaven.

Dit kabinet voelt de noodzaak om direct aan de slag te gaan met de hervormingen van de zorg, zodat de zorg houdbaar en betaalbaar blijft. De verhoging van het verplicht eigen risico is daar onderdeel van.

Om financieel kwetsbare mensen te helpen met het eigen risico zijn reeds instrumenten aanwezig, namelijk de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen. Dit kabinet wil deze gerichte ondersteuning verbeteren en is daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

III. Ontwerpbesluit houdende tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg (tranches van € 150)

*De leden van de **VVD-fractie** begrijpen dat het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg, los van onderhavig wetsvoorstel, wordt getrancheerd op maximaal € 150 per behandeling. Deze leden vinden dit goed, omdat mensen nu niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit gaat zorgmijding tegen. Kan de regering aangeven in welke mate zij door tranchering verwacht dat zorgmijding zal afnamen? De leden van de VVD-fractie zijn hiernaast ook benieuwd of de regering kan toelichten in welke mate de tranchering van het verplicht eigen risico invloed heeft op het kostenbewustzijn. Kan de regering daarbij ingaan op wat het verhogen en de tranchering van het eigen risico bijdraagt aan de beweging die we willen maken naar meer passende zorg?*

Per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg zal maximaal € 150 in rekening worden gebracht, zodat mensen bij gebruik van medisch-specialistische zorg niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zullen zijn. Hierdoor zijn verzekerden per behandelprestatie een kleiner deel van hun verplicht eigen risico kwijt. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor mogelijk ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan. De mate waarin dit gebeurt is moeilijk te kwantificeren, omdat het onderscheid tussen het mijden van medisch noodzakelijke en medisch minder noodzakelijke zorg vanwege het eigen risico, zeer lastig te maken is.

Door de tranchering van het eigen risico blijft het kostenbewustzijn van verzekerden 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.

*De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg. Waarom is gekozen voor een maximumbedrag van € 150 per rechtsgeldig in rekening gebracht tarief? Welke andere tranchebedragen zijn onderzocht, waaronder € 50, € 100, € 125 en € 200, en wat waren daarvan de gevolgen voor verzekerden, zorgvraag, premie, uitvoerbaarheid en budgettaire effecten? Klopt het dat de eerdere internetconsultatie over tranchering uitging van tranches van € 50 en waarom is in het huidige ontwerpbesluit gekozen voor € 150?*

Het onderhavige ontwerpbesluit gaat uit van een tranchebedrag van € 150. Dit is gelijk aan het tranchebedrag zoals is opgenomen in het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico dat op 30 juni 2023 aan het parlement is voorgelegd.[32] Het kabinet Schoof was voornemens het verplicht eigen risico te verlagen naar € 165 en ging daarom uit van een tranchebedrag van € 50. Deze tranchebedragen werken vanuit de gedachte dat het eigen risico ongeveer in 3 delen wordt opgesplitst. Circa 1,3 mln verzekerden betalen daarom dankzij de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico. Er zijn geen andere tranchebedragen doorgerekend.

De leden van de PVV-fractie lezen in hetzelfde Nivel-onderzoek dat ook bij een regeling van maximaal € 150 eigen risico per behandeling bij een eigen risico van € 460 nog twaalf procent van de verzekerden aangeeft dat dit waarschijnlijk of zeker een belemmering vormt om zorg te gebruiken. Hoe verhoudt dit zich tot de stelling van de regering dat de tranchering de toegankelijkheid van zorg vergroot?

Het Nivel heeft geen onderzoek gedaan naar de mogelijke verklaring van deze bevinding. Het is mogelijk dat het hier verzekerden betreft die hun eigen risico sowieso volmaken en zo, ondanks de tranches van € 150, in een jaar het maximale bedrag aan eigen risico verschuldigd zijn en dit zien als een belemmering om zorg te gebruiken.

Deze leden vragen hoe een verzekerde vooraf kan weten of één ziekenhuistraject leidt tot één diagnose-behandelcombinatie (dbc), meerdere dbc's, een vervolg-dbc, een add-on of een overig zorgproduct (ozp). Hoe wordt voorkomen dat verzekerden meerdere rekeningen ontvangen voor wat zij zelf ervaren als één behandeling of één opname?

---

[32] Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1206.

De meeste verzekerden hebben te maken met één of twee ziekenhuisbehandelingen in een jaar. Circa 1,3 mln. verzekerden zullen daarom minder verplicht eigen risico gaan betalen dankzij de tranchering van het verplicht eigen risico. Een deel van de verzekerden heeft te maken met andere losse declarabele prestaties, zoals «overige zorgproducten». Het is onvermijdelijk dat zij daardoor meerdere facturen voor het verplicht eigen risico ontvangen. Ook als zij de ontvangen zorg als één behandeling ervaren. Dit is een aandachtspunt in de nog uit te werken voorlichting en informatievoorziening.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de tranchering uitwerkt voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Kan de regering bevestigen dat kosten boven de € 150 per medisch-specialistische prestatie ten laste kunnen komen van het vrijwillig eigen risico, ook wanneer het verplicht eigen risico nog niet volledig is volgemaakt? Kan de regering duidelijke rekenvoorbeelden geven voor verzekerden zonder vrijwillig eigen risico en met € 100, € 300 en € 500 vrijwillig eigen risico?

Op grond van artikel 23, derde lid, Zvw moet een zorgverzekeraar zorgkosten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico brengen. Na invoering van de tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg, zal derhalve (totdat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico zal zijn bereikt) telkens de eerste € 150 van een rekening voor medisch-specialistische zorg uit het verplicht eigen risico worden betaald. Of direct na een tranche van € 150 voor het restant van de rekening een eventueel door de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangesproken, hangt af van wat de zorgverzekeraar daarover in de zorgpolis zal hebben bepaald. De zorgverzekeraar is vrij om in die polis bepalen dat hij dit doet, maar kan er ook voor kiezen om vrijwillig eigen risico pas in rekening te brengen nadat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico is bereikt. Wel moet hij voor alle verzekerden met vrijwillig eigen risico hetzelfde doen en – zoals hiervoor al aangegeven – met het oog op de kenbaarheid voor zijn verzekerden zijn handelwijze in zijn zorgpolis opnemen. De vrijheid die de zorgverzekeraars op dit punt hebben, past goed bij het feit dat de zorgverzekeraars ook de vrijheid hebben om zelf te bepalen welke vormen van zorg zij buiten het vrijwillig eigen risico houden (art. 21, vierde lid, Zvw). Beide vrijheden sluiten aan bij het uitgangspunt van de Richtlijn Solvabiliteit II van de Europese Unie (EU) dat private schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid dient te worden gegeven in het bepalen van hun polisvoorwaarden.

Voorbeeld zorgverzekering zonder vrijwillig eigen risico

Een verzekerde gaat naar de neuroloog. De rekening bedraag € 275. De verzekerde betaalt dan € 150 aan verplicht eigen risico. De rest van de rekening (€ 125) wordt door de zorgverzekeraar betaald. Enkele maanden later gaat de verzekerde naar de internist. De rekening bedraagt € 500. Wederom betaalt de verzekerde € 150 aan verplicht eigen risico; de zorgverzekeraar betaalt de rest van de rekening (€ 350).

Voorbeeld zorgverzekering met vrijwillig eigen risico van € 100

Een verzekerde gaat naar de neuroloog. De rekening bedraag € 275. De verzekerde betaalt dan € 150 aan verplicht eigen risico. Als in zijn polis staat dat zijn vrijwillig eigen risico direct na een tranche verplicht eigen risico in rekening wordt gebracht, betaalt hij daarnaast ook nog € 100 aan vrijwillig eigen risico. De rest van de rekening (€ 25) wordt door de zorgverzekeraar betaald. Enkele maanden later gaat de verzekerde naar de internist. De rekening bedraagt € 500. Wederom betaalt de verzekerde

€ 150 aan verplicht eigen risico; de zorgverzekeraar betaalt de rest van de rekening (€ 350), want het vrijwillig eigen risico is al vol gemaakt.

Als in de polis staat dat het vrijwillig eigen risico pas in rekening zal worden gebracht nadat het volledige verplicht eigen risico is vol gemaakt, betaalt de verzekerde in dit voorbeeld 2 x € 150 (dus € 300) aan verplicht eigen risico en niets aan vrijwillig eigen risico. Het aan verplicht eigen risico betaalde bedrag is immers lager dan het totaalbedrag aan verplicht eigen risico.

Voorbeeld zorgverzekering met vrijwillig eigen risico van € 300

Een verzekerde gaat naar de neuroloog. De rekening bedraag € 275. De verzekerde betaalt dan € 150 aan verplicht eigen risico. Als in zijn polis staat dat zijn vrijwillig eigen risico direct na een tranche verplicht eigen risico in rekening wordt gebracht, betaalt hij daarnaast ook nog € 125 aan vrijwillig eigen risico. De verzekeraar draagt niet aan de eerste rekening bij. Enkele maanden later gaat de verzekerde naar de internist. De rekening bedraagt € 500. Wederom betaalt de verzekerde € 150 aan verplicht eigen risico. Daarnaast betaalt hij € 300 – € 125 = € 175 aan vrijwillig eigen risico; de zorgverzekeraar betaalt de rest van de rekening (ook € 175, te weten € 500 – € 150 – € 175).

Als in de polis staat dat het vrijwillig eigen risico pas in rekening zal worden gebracht nadat het volledige verplicht eigen risico is vol gemaakt, betaalt de verzekerde ook in dit voorbeeld 2 x € 150 (dus € 300) aan verplicht eigen risico en niets aan vrijwillig eigen risico. Ook hier geldt dat het aan verplicht eigen risico betaalde bedrag lager is dan het totaalbedrag aan verplicht eigen risico.

Voorbeeld zorgverzekering met vrijwillig eigen risico van € 500

Een verzekerde gaat naar de neuroloog. De rekening bedraag € 275. De verzekerde betaalt dan € 150 aan verplicht eigen risico. Als in zijn polis staat dat zijn vrijwillig eigen risico direct na een tranche verplicht eigen risico in rekening wordt gebracht, betaalt hij daarnaast ook nog € 125 aan vrijwillig eigen risico. De verzekeraar draagt niet aan de eerste rekening bij. Enkele maanden later gaat de verzekerde naar de internist. De rekening bedraagt € 500. Wederom betaalt de verzekerde € 150 aan verplicht eigen risico. Daarnaast betaalt hij € 500 – € 150 = € 350 aan vrijwillig eigen risico. Ook aan de tweede rekening betaalt de zorgverzekeraar dus niet mee.

En ook in dit voorbeeld betaalt de verzekerde geen vrijwillig eigen risico als in zijn zorgpolis staat dat het vrijwillig eigen risico pas in rekening zal worden gebracht nadat het volledige eigen risico is vol gemaakt. Ook hier is het aan verplicht eigen risico betaalde bedrag van 2 x € 150 (dus € 300) lager dan het totaalbedrag aan verplicht eigen risico.

Deze leden lezen dat de tranchering pas per 1 januari 2028 kan ingaan vanwege de impact op administratiesystemen en informatie- en communicatietechnologie (ICT) van zorgverzekeraars. Welke concrete aanpassingen moeten zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) doen en wie betaalt de uitvoeringskosten? Welke risico's zijn er dat de invoering per 1 januari 2028 niet wordt gehaald?

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat 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. De precieze gevolgen

voor de ICT worden echter pas in beeld gebracht als er voldoende zekerheid is dat de tranchering van het verplicht eigen risico per 2028 wordt ingevoerd. De kosten van de uitvoering worden betaald door de zorgverzekeraars. Zorgaanbieders hebben aangegeven dat hun ICT niet aangepast hoeft te worden als gevolg van de tranchering van het verplicht eigen risico. De Nederlandse Zorgautoriteit verwacht dat de invoering van de tranchering van het verplicht eigen risico zal leiden tot een intensivering van de toezichtstaken in verband met de toegenomen complexiteit van het eigen risico systeem. Indien voor de tranchering van het verplicht eigen risico voldoende implementatietijd is (minimaal een jaar), is het risico dat de invoering per 1 januari 2028 niet wordt gehaald, minimaal.

Deze leden lezen dat naar verwachting ongeveer 1,3 miljoen verzekerden door de tranchering gemiddeld circa € 100 minder verplicht eigen risico betalen, terwijl de regering tegelijk rekent met € 318 miljoen lagere zorguitgaven door een groter remgeldeffect. Kan de regering uitleggen waarom een maatregel die de financiële drempel tot medisch-specialistische zorg verlaagt, tegelijkertijd tot minder zorggebruik zou leiden? Hoe verhoudt dit zich tot de waarschuwing dat een lagere drempel voor ziekenhuiszorg juist extra druk op ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra kan veroorzaken?

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 verzekerde zal daarom bij volgende zorgvragen in hetzelfde jaar bewuster afwegen of de zorg nodig is en in hoeverre de zorg ook op dat moment nodig is. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel verlaagd als verlengd. Per saldo neemt het zorggebruik daardoor af.

Kan de regering toezeggen dat na invoering wordt gemonitord wat de tranchering doet met zorggebruik, wachttijden, betalingsproblemen, zorgmijding, verwijzingen, klachten en uitvoeringskosten? Kan de regering de Kamer uiterlijk één jaar na invoering een eerste evaluatie sturen, met bijzondere aandacht voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en verzekerden met een vrijwillig eigen risico?

Het is niet mogelijk om al na een jaar de effecten van de tranchering van verplicht eigen risico goed te evalueren. Het is tevens de vraag of de precieze effecten van het trancheren van het verplicht eigen risico goed kunnen worden gemonitord, omdat op veel van de genoemde punten meerdere variabelen een rol spelen.

Kan de regering daarbij toezeggen dat in de monitoring ook wordt gekeken naar het aandeel verzekerden dat zorg mijdt of verwacht te mijden vanwege het eigen risico, uitgesplitst naar ervaren gezondheid, inkomen en financiële situatie?

Zorgmijding wordt reeds jaarlijks onderzocht door het NIVEL. Ook worden regelmatig verdiepende onderzoeken gedaan, zoals naar de kenmerken van de mensen die de zorg om financiële redenen mijden. De Tweede Kamer wordt hier regelmatig over geïnformeerd. De ontwikkelingen zijn ook te volgen op *Financiële toegankelijkheid: afzien van zorg vanwege de kosten | De Staat van Volksgezondheid en Zorg*

*De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de tranchering gaat gelden voor dbc's en ozp's. Deze leden vragen de regering om nader toe te lichten, zo mogelijk aan de hand van voorbeelden, hoe dit in zijn werk gaat. In het bijzonder vragen deze leden aan de regering daarbij in te gaan op de vraag of in die gevallen dat een patiënt na een vastgestelde zorgvraag en bijhorende dbc een wijziging van dbc heeft omdat de initiële zorgvraag niet de juiste was, of er nadere complicaties zijn gevonden waardoor de dbc moet wijzigen, dit ook zal leiden tot een nieuwe tranche of dat dit binnen de oorspronkelijke tranchering valt.*

De meeste patiënten die te maken krijgen met het eigen risico hebben jaarlijks 1 of 2 ziekenhuisbehandelingen nodig. Deze worden afgerekend in pakketjes; de Diagnose BehandelCombinaties (dbc's). Zij zullen niet te maken krijgen met verschillende rekeningen. Verzekerden die naast een dbc ook te maken hebben met andere los declarabele prestaties, zoals een Overig Zorgproduct (ozp) (bijvoorbeeld een IC-ligdag), hebben wel te maken met meerdere facturen eigen risico. Dit is onvermijdelijk. Dit zal een belangrijk aandachtspunt zijn in de nog uit te werken voorlichting en communicatie.
Er wordt op deze manier aangesloten bij de systematiek van registratie en declaratie zoals die binnen de medisch-specialistische zorg gebruikelijk is.

Indien gedurende een lopende behandeling blijkt dat de initiële zorgvraag anders moet worden vastgesteld dan aanvankelijk werd verondersteld, en de dbc overeenkomstig wordt aangepast, zal dit in de praktijk veelal betekenen dat de dbc wordt aangepast voordat deze wordt gedeclareerd. Alleen de aangepaste dbc met de gewijzigde zorgvraag zal worden gedeclareerd, waardoor de tranchering daarmee eenmaal geldt. Hetzelfde geldt wanneer gedurende de behandeling complicaties of aanvullende medische bevindingen optreden die binnen hetzelfde behandeltraject aanleiding geven tot een aanpassing van de dbc. In die gevallen is sprake van voortzetting of bijstelling van bestaande zorg en niet van een nieuw, zelfstandig zorgtraject.
Van een nieuwe tranche kan sprake zijn indien de wijziging leidt tot het openen van een nieuwe dbc of een afzonderlijke prestatie die op grond van de reguliere declaratiesystematiek als een nieuw zorgtraject wordt beschouwd. Of hiervan sprake is, hangt af van de concrete omstandigheden van het geval en de toepasselijke registratieregels. Ter illustratie: indien een patiënt aanvankelijk wordt behandeld voor een orthopedische klacht en gedurende dat traject blijkt dat specialistische vervolgzorg nodig is die niet binnen hetzelfde dbc-zorgpad valt, kan dit aanleiding geven tot toepassing van een nieuwe tranche.

Het doel van de tranchering is nadrukkelijk niet om medisch noodzakelijke aanpassingen in de behandeling administratief te compliceren, maar om op een uitvoerbare en voorspelbare wijze aan te laten sluiten bij bestaande zorgregistratie en declaratieprocessen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ten behoeve van de begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid van de reikwijdte van de trancheringmaatregel ervoor kiest rekening te houden met welke zorg verzekerden in het dagelijks spraakgebruik als medisch-specialistische zorg beschouwen. Hierbij geeft de regering aan dat wat als medisch-specialistische zorg wordt ervaren onder de tranchering van het eigen risico valt. Hoewel het volgens deze leden positief is om aan te sluiten bij de belevingswereld van verzekerden moet er volgens deze leden ook geconstateerd worden dat wat door verzekerden als medisch-specialistische zorg ervaren wordt ook een hoge mate van subjectiviteit kan bevatten. Deze leden vragen de regering daarom toe te lichten hoe zij weegt en vervolgens concludeert wat door verzekerden als medisch-specialistische zorg wordt ervaren.

De wijze waarop verzekerden zorg ervaren kan tot op zekere hoogte subjectief zijn. Daarom is bij de afbakening van de reikwijdte van de tranchering uitgegaan van wat zowel in het dagelijks spraakgebruik als ook in de praktijk doorgaans als medisch-specialistische zorg wordt beschouwd. Daarbij is bijvoorbeeld niet alleen gekeken naar de aard van de zorg en door wie deze geleverd wordt, maar ook naar de locatie waar de zorg is geleverd (in bijvoorbeeld een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum).

Het uitgangspunt is geweest dat voor verzekerden begrijpelijk en voorspelbaar moet zijn welke zorg onder de maatregel valt. Om die reden is gekozen voor een afbakening die zoveel mogelijk aansluit bij de verwachtingen en belevingswereld van verzekerden, terwijl tegelijkertijd de uitvoerbaarheid en eenduidigheid voor zorgaanbieders en verzekeraars in de praktijk zijn geborgd.

De leden van de CDA-fractie lezen dat voor de indexering van het maximumbedrag per prestatie uit wordt gegaan van een verhouding tussen het bedrag aan verplicht eigen risico en het ongegronde maximumbedrag van 33 procent. Deze leden vragen de regering toe te lichten hoe zij tot deze verhouding van 33 procent is gekomen.

In het voorgehangen besluit tot tranchering van het eigen risico wordt voorgesteld om het onafgeronde tranchebedrag vanaf 2029 gelijk te laten zijn aan 33% van het geïndexeerde, onafgeronde (niet: ongegronde) totaalbedrag aan eigen risico. Dit bedrag wordt vervolgens naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5. Het tranchebedrag zal dus steeds ongeveer 1/3 zijn van het totaalbedrag aan verplicht eigen risico. Bij het bepalen van deze verhouding is gekeken naar de verhouding die zou hebben gegolden indien zowel de verhoging van het eigen risico als de tranchering van € 150 in 2027 in werking zouden kunnen treden (wat in de praktijk niet mogelijk is, omdat de zorgverzekeraars voor de tranchering een jaar implementatietijd nodig hebben). Een tranche van € 150 bij een totaal eigen risico van naar verwachting € 455 komt ongeveer neer op 1:3. Ook is rekening gehouden met de verhouding die het kabinet Schoof in gedachten had, te weten tranches van € 50 bij een eigen risico van € 165 (ook ongeveer 1:3).

De leden van de CDA-fractie lezen dat zorgverzekeraars zich zorgen maken over het feit dat de tranchering van het eigen risico de drempel naar ziekhuiszorg te laag maakt en dat kan leiden tot omgekeerde substitutie, namelijk: dat mensen vaker zullen kiezen voor duurdere ziekenhuiszorg in plaats van behandeling door de huisarts. Deze leden vragen de regering hierop te reflecteren en aan te geven hoe zij zo mogelijk dit effect met concrete maatregelen wil beperken.

Allereerst wordt opgemerkt dat huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico valt. Behandeling door de huisarts blijft dus voor de verzekerde goedkoper dan behandeling in het ziekenhuis. Ten tweede zorgt de tranchering voor een langer aanhoudend kostenbewustzijn. Maakt een verzekerde op dit moment met één behandeling in de medisch-specialistische zorg vaak al zijn verplicht eigen risico vol, na de tranchering zal dat niet meer het geval zijn. Dat kan er juist toe leiden dat mensen minder vaak voor behandeling in het ziekenhuis kiezen.

Afgezien van het vooraande is voor medisch-specialistische zorg een verwijzing van de huisarts nodig. Het kabinet verwacht niet dat huisartsen voor behandelingen die zij ook zelf kunnen geven gemakkelijker naar medisch-specialistische zorg zullen verwijzen nadat het verplicht eigen risico voor die vorm van zorg getrancheerd zal zijn.

*De leden van de **JA21-fractie** hebben stevige vragen over de uitlegbaarheid, uitvoerbaarheid en doelmatigheid van het ontwerpbesluit houdende tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg. Deze leden begrijpen de gedachte dat mensen bij medisch-specialistische zorg niet in één keer het volledige eigen risico kwijt moeten zijn. Tegelijkertijd constateren zij dat de gekozen uitwerking via behandelprestaties, dbc's en overige zorgproducten (ozp's) voor verzekerden moeilijk te begrijpen kan zijn.*
De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering het risico beoordeelt dat tranchering leidt tot verminderd begrip en vertrouwen bij verzekerden, omdat de berekening plaatsvindt op basis van dbc's en ozp's die niet altijd aansluiten bij de beleving van de patiënt van «één behandeling». Acht de regering het wenselijk dat patiënten inzicht moeten krijgen in de dbc-systematiek om hun eigen risico te kunnen begrijpen?

Declaratie op basis van de dbc-systematiek zal niet altijd aansluiten bij de wijze waarop patiënten hun behandeling ervaren. Tegelijkertijd is bewust gekozen om voor de tranchering aan te sluiten bij de bestaande bekostigings- en declaratiesystematiek, omdat dit de meest uitvoerbare en doelmatige vormgeving mogelijk maakt en onnodige administratieve lasten voorkomt.
De regering acht het niet noodzakelijk dat verzekerden diepgaand inzicht moeten hebben in de dbc-systematiek om hun eigen risico te begrijpen. Voor verzekerden moet vooral inzichtelijk zijn welk bedrag aan eigen risico in rekening wordt gebracht en waarop dit betrekking heeft. Heldere communicatie door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is daarbij van belang. Over de communicatie richting patiënten lopen gesprekken tussen het Ministerie van VWS en verschillende veldpartijen, waaronder zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering inzicht kan geven in hoe vaak een behandeling in de medisch-specialistische zorg bestaat uit meerdere dbc's of ozp's. Hoe groot acht de regering de kans dat verzekerden ondanks de tranchering alsnog in korte tijd het volledige eigen risico betalen doordat voor één ziekenhuisbezoek of één zorgtraject meerdere prestaties worden gedeclareerd?

Veel verzekerden hebben 1 of 2 behandelingen in een ziekenhuis per jaar. Hiervoor worden dbc's gedeclareerd die bestaan uit meerdere handelingen, zoals diagnostiek, een operatie en verpleging. Circa 1,3 mln. verzekerden zullen door de tranchering van het verplicht eigen risico minder eigen risico betalen. Het is niet bekend hoe vaak er combinaties zijn van dbc's en ozp's waardoor verzekerden het maximale verplicht eigen risico kwijt zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe verzekerden eenvoudig en begrijpelijk kunnen worden geïnformeerd over verschillen tussen medisch-specialistische zorg, farmacie en geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de toepassing van het eigen risico. Hoe wordt uitgelegd dat voor sommige zorgvormen geen tranche geldt, terwijl voor medisch-specialistische zorg per behandelprestatie een maximum van € 150 geldt?

De voorlichting en informatievoorziening over de tranchering van het verplicht eigen risico wordt nog uitgewerkt. Hierbij zal veel aandacht zijn voor de zorg waarbij de tranchering van het verplicht eigen risico wel en niet geldt. In de uitwerking hiervan zal ook worden gekeken naar de huidige voorlichting en informatievoorziening over het verplicht eigen risico waarin bijvoorbeeld wordt uitgelegd dat het verplicht eigen risico niet van toepassing is op huisartsenzorg, verloskundige zorg en

kraamzorg. Verzekerden zijn dus al bekend met een verplicht eigen risico dat soms wel en soms niet van toepassing is.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe wordt uitgelegd dat binnen één ziekenhuisbezoek of één zorgtraject meerdere keren € 150 eigen risico in rekening kan worden gebracht. Kan de regering voorbeelden geven van situaties waarin één patiënt door meerdere specialismen wordt behandeld, bijvoorbeeld bij opname, intensive care of een vervolgtraject, en hoe de tranchering dan uitwerkt?

Het kabinet begrijpt dat een patiënt één ziekenhuisbezoek of opname als één samenhangend zorgtraject kan ervaren, terwijl daar in de declaratiepraktijk meerdere dbc's of ozp's aan ten grondslag kunnen liggen. De tranchering sluit aan bij de bestaande systematiek van zorgprestaties, omdat dit uitvoerbaar is en voorkomt dat ingrijpende wijzigingen in registratiesystemen nodig zijn.

Dit betekent dat in bepaalde situaties meerdere tranches van het eigen risico kunnen worden aangesproken indien sprake is van meerdere afzonderlijke zorgprestaties. Bijvoorbeeld wanneer een patiënt tijdens één opname wordt behandeld door verschillende specialismen die ieder een eigen dbc openen. Ook kan dit zich voordoen wanneer een patiënt na een acute opname een afzonderlijk vervolgtraject krijgt bij een ander specialisme. Daarbij blijft het jaarlijkse maximum van het verplicht eigen risico uiteraard wel gelden. De meeste verzekerden hebben bovendien te maken met maximaal 1 of 2 dbc's in een kalenderjaar. Circa 1,3 mln verzekerden zullen door de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico betalen.

Ter illustratie: een patiënt kan na een operatie op de intensive care verblijven en daarna een cardiologisch vervolgtraject krijgen. Deze zorg wordt volgens de geldende registratieregels met meerdere prestaties gedeclareerd, waarop afzonderlijke tranches van toepassing zijn. Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor een patiënt die na een chirurgische behandeling ook een apart revalidatie- of longgeneeskundig traject doorloopt.

Met de toepassing van de tranchering wordt aangesloten bij de bestaande registratie- en declaratiesystematiek. Hoewel de zorg in de beleving van de patiënt één traject kan vormen, gaat het vanuit de ziekenhuisorganisatie veelal om verschillende zorgtrajecten die afzonderlijk worden geregistreerd, gedeclareerd en kosten met zich brengen.

Het kabinet acht het van belang dat verzekerden hierover helder worden geïnformeerd, zodat inzichtelijk is waarom in bepaalde situaties meerdere tranches kunnen ontstaan, ook wanneer de zorg in de beleving van de patiënt één traject betreft.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de tranchering samenloopt met het vrijwillig eigen risico. Deelt de regering de zorg dat verzekerden geconfronteerd kunnen worden met meerdere, versnipperde eigenrisicobedragen, waarbij verplicht en vrijwillig eigen risico door elkaar lopen? Hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan en verzekerden daardoor ongelijk worden behandeld?

Op grond van artikel 23, derde lid, Zvw moet een zorgverzekeraar zorgkosten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico brengen. Na invoering van de tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg, zal derhalve (totdat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico zal zijn bereikt) telkens de eerste € 150 van een

rekening voor medisch-specialistische zorg uit het verplicht eigen risico worden betaald. Of direct na een tranche van € 150 voor het restant van de rekening een eventueel door de verzekerde gekozen vrijwillig eigen risico wordt aangesproken, hangt af van wat de zorgverzekeraar daarover in de zorgpolis zal hebben bepaald. De zorgverzekeraar is vrij om in die polis bepalen dat hij dit doet, maar kan er ook voor kiezen om vrijwillig eigen risico pas in rekening te brengen nadat het totaalbedrag aan verplicht eigen risico is bereikt. Wel moet hij voor alle verzekerden met vrijwillig eigen risico hetzelfde doen en – zoals hiervoor al aangegeven – met het oog op de kenbaarheid voor zijn verzekerden zijn handelwijze in zijn zorgpolis opnemen. De vrijheid die de zorgverzekeraars op dit punt hebben, past goed bij het feit dat de zorgverzekeraars ook de vrijheid hebben om zelf te bepalen welke vormen van zorg zij buiten het vrijwillig eigen risico houden (art. 21, vierde lid, Zvw). Beide vrijheden sluiten aan bij het uitgangspunt van de Richtlijn Solvabiliteit II van de Europese Unie (EU) dat private schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid dient te worden gegeven in het bepalen van hun polisvoorwaarden.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe wordt gewaarborgd dat er één uniforme landelijke interpretatie komt van wat als medisch-specialistische prestatie geldt en wanneer een tranche wordt toegepast. Wie stelt dit kader vast, wanneer is het gereed en hoe worden geschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de afbakening beslecht?

Een uniforme toepassing van de tranchering is van groot belang voor de uitvoerbaarheid, rechtszekerheid en begrijpelijkheid voor verzekerden. Daarom wordt voor de afbakening van medisch-specialistische prestaties aangesloten bij de bestaande landelijke systematiek van dbc's en ozp's, inclusief de geldende registratie- en declaratieregels. Hiermee wordt zoveel mogelijk aangesloten bij bestaande uitvoeringspraktijken en wordt ruimte voor uiteenlopende interpretaties beperkt. Over de uitvoering van de tranchering lopen bovendien gesprekken tussen het Ministerie van VWS en verschillende veldpartijen, waaronder zorgverzekeraars en zorgaanbieders, waarbij het borgen van een uniforme toepassing onderwerp is van deze gesprekken.

De leden van de JA21-fractie vragen welke systeemaanpassingen nodig zijn bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en softwareleveranciers om de tranchering mogelijk te maken. Kan de regering per ketenpartij aangeven wat de geschatte doorlooptijd, kosten en belangrijkste uitvoeringsrisico's zijn?

Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat 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. Ten behoeve van de regeldrukparagraaf van de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico is een grove berekening gemaakt (circa € 6 mln).
De precieze gevolgen voor de ICT worden echter pas in beeld gebracht als er voldoende zekerheid is dat de tranchering van het verplicht eigen risico per 2028 wordt ingevoerd. Zorgaanbieders hebben aangegeven dat hun ICT niet aangepast hoeft te worden als gevolg van de tranchering van het verplicht eigen risico.

De leden van de JA21-fractie vragen welke inschatting de regering maakt van het aantal extra vragen, bezwaren en klachten dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen ontvangen als gevolg van de tranchering. Kan de regering deze inschatting onderbouwen en aangeven of deze is getoetst bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

Het aantal extra vragen, bezwaren en klachten dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen ontvangen als gevolg van de tranchering is op voorhand niet goed in te schatten. Dit aantal is mede afhankelijk van de goede informatievoorziening en voorlichting die nog zal worden uitgewerkt.

De leden van de JA21-fractie vragen op welke recente en empirisch onderbouwde studies de regering de verwachting baseert dat tranchering geen ongewenste toename van niet medisch noodzakelijk gebruik van medisch-specialistische zorg veroorzaakt. Hoe beoordeelt de regering het risico dat een lagere drempel tot medisch-specialistische zorg leidt tot extra druk op huisartsen, doordat patiënten sneller om een verwijzing vragen?

Het verwachte remgeld is gebaseerd op eerdere berekeningen van het CPB. Het CPB heeft in 2020 een microsimulatiemodel in gebruik genomen, dat is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico in kaart hebben gebracht. Hierbij kan geen onderscheid worden gemaakt naar gebruik van noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg.

Op dit moment zijn verzekerden al snel door het verplicht eigen risico heen en is er daarna geen financiële drempel meer tot de medisch-specialistische zorg. Dit legt ook druk op huisartsen, omdat kostenbewustzijn een minder grote rol speelt bij de vraag om een verwijzing. Door de tranchering van het verplicht eigen risico werkt het remgeldeffect langer door, waardoor de verzekerde bij volgende zorgvragen in hetzelfde jaar bewuster zal afwegen of zorg nodig is en of dat ook op dat moment echt nodig is.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering het risico beoordeelt dat tranchering leidt tot omgekeerde substitutie, waarbij zorggebruik verschuift van eerstelijnszorg naar duurdere medisch-specialistische zorg. Is dit risico betrokken bij de raming dat de tranchering per saldo juist een besparing oplevert?

Allereerst wordt opgemerkt dat een belangrijke vorm van eerstelijnszorg, namelijk huisartsenzorg, niet onder het verplicht eigen risico valt. Behandeling door de huisarts blijft dus voor de verzekerde goedkoper dan behandeling in het ziekenhuis. Ten tweede zorgt de tranchering voor een langer aanhoudend kostenbewustzijn. Maakt een verzekerde op dit moment met één behandeling in de medisch-specialistische zorg vaak al zijn verplicht eigen risico vol, na de tranchering zal dat niet meer het geval zijn. Dat kan er juist toe leiden dat mensen minder vaak voor behandeling in het ziekenhuis kiezen, en zich tot de eerste lijn wenden.

Afgezien van het voorgaande is voor medisch-specialistische zorg een verwijzing van de huisarts nodig. Het kabinet verwacht niet dat huisartsen gemakkelijker naar medisch-specialistische zorg zullen verwijzen nadat het verplicht eigen risico voor die vorm van zorg getrancheerd zal zijn.

Aangenomen is derhalve dat de tranchering tot weinig «omgekeerde subsitutie» zal leiden. Daarom is dit effect niet meegenomen in de ramingen.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering voorkomt dat nieuwe of bestaande aanbieders van medisch-specialistische zorg de lagere financiële drempel gebruiken om zorgvraag aan te wakkeren. Welke

rol ziet de regering hierbij voor zorgverzekeraars in contractering en controle op passende zorg?

Dit kabinet wil van passende zorg en ondersteuning de norm maken. Daartoe komt het kabinet met een samenhangend pakket aan wet- en regelgeving. Het kabinet vraagt hierbij van iedereen een bijdrage zodat voor iedere burger passende zorg er is als dat nodig is, ook in de toekomst. Van zorgverzekeraars verwacht het kabinet dat ze sterker gaan sturen op de beschikbaarheid van passende zorg.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering de maatschappelijke baten van tranchering concreet onderbouwt. Is de regering het ermee eens dat een maatregel die moeilijk uitlegbaar is voor patiënten, aanzienlijke uitvoeringslasten en kosten met zich meebrengt en mogelijk onbedoelde gedragseffecten heeft, alleen verantwoord is als de maatschappelijke baten aantoonbaar en substantieel zijn? Kan de regering deze baten kwantificeren?

De baten van de tranchering van het verplicht eigen risico zijn aanzienlijk. Circa 1,3 mln verzekerden zullen door de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico betalen. Tegelijk blijft het kostenbewustzijn langer doorwerken: waar een verzekerde voorheen na één behandelprestatie zijn volledige verplicht 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. Hierdoor daalt de zorgvraag en daardoor de zorgpremie. Deze baten overstijgen de beperkte uitvoeringskosten voor aanpassingen in de ICT en de investeringen in de informatievoorziening en voorlichting.

De leden van de JA21-fractie vragen welke alternatieven zijn overwogen om de ervaren financiële drempel voor medisch-specialistische zorg te verlagen zonder het eigen risico verder te fragmenteren.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel verhoging eigen risico is toegelicht dat twee alternatieven zijn overwogen, namelijk een gerichte verlaging van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, en een inkomensafhankelijk eigen risico. In de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering eigen risico is aangegeven dat er is gekeken naar alternatieven die begrijpelijker zijn voor verzekerden, zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of zorgvraag.

Waarom is tranchering per dbc of ozp verkozen boven alternatieven die beter aansluiten bij de beleving van de patiënt, zoals een maximum per zorggebeurtenis, per zorgvraag of per kalenderperiode?

De tranchering per dbc en ozp is verkozen boven de verkende alternatieven, zoals een maximum per zorggebeurtenis en per zorgvraag. Deze alternatieven blijken complexer te zijn in de uitvoering en ingrijpende wijzigingen te vergen.

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering bereid is het ontwerpbesluit pas vast te stellen nadat de Kamer beschikt over de uitkomsten van de doenvermogentoets, een geactualiseerde regeldrukberekening, een uitgewerkt communicatieplan en een nadere onderbouwing van de gedragseffecten. Zo nee, waarom acht de regering vaststelling verantwoord zonder deze stukken?

Het is belangrijk dat het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico op tijd wordt vastgesteld, zodat de zorgverzekeraars aan de slag kunnen met de voorbereidingen. Het kabinet wil niet het ontwerpbesluit pas vaststellen nadat de Kamer beschikt over de uitkomsten van de doenvermogentoets, een geactualiseerde regeldrukberekening, een uitgewerkt communicatieplan en een nadere onderbouwing van de gedragseffecten. De genoemde stukken gaan over de verdere uitwerking en voorbereidingen van de tranchering van het verplicht eigen risico. Dit staat los van het principebesluit met betrekking tot de systematiek. De doenvermogentoets wordt uitgevoerd ten behoeve van het uitwerken van de voorlichting en informatievoorziening.

*De leden van de **BBB-fractie** begrijpen de gedachte achter het beperken van hoge rekeningen ineens, maar hebben grote twijfels of de voorgestelde tranchering dit probleem in de praktijk daadwerkelijk oplost. Kan de regering bevestigen dat verzekerden alsnog in korte tijd met hoge bedragen geconfronteerd kunnen worden wanneer zij gelijktijdig bij meerdere specialismen onder behandeling zijn?*

Als een verzekerde te maken heeft met meerdere dbc's in een kalenderjaar, omdat hij gelijktijdig bij meerdere specialismen onder behandeling is, dan is deze verzekerde meerdere keren € 150 aan verplicht eigen risico verschuldigd.

Klopt het dat meerdere dbc's of zorgproducten ertoe kunnen leiden dat iemand alsnog in één periode meerdere keren € 150 eigen risico verschuldigd is?

Als een verzekerde te maken heeft met meerdere dbc's in een kalenderjaar, dan is deze verzekerde meerdere keren € 150 eigen risico verschuldigd. De meeste verzekerden hebben echter te maken met maximaal 1 of 2 dbc's in een kalenderjaar. Circa 1,3 mln verzekerden zullen door de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico betalen.

Kan de regering voorbeelden uitwerken van patiënten die:
- *gelijktijdig bij meerdere specialismen lopen;*
- *te maken krijgen met een ziekenhuisopname plus vervolgbehandeling;*
- *zowel medisch-specialistische zorg als andere zorg uit het eigen risico ontvangen?*

Kan de regering daarbij inzichtelijk maken hoeveel eigen risico deze patiënten in korte tijd kwijt kunnen zijn? De leden van de BBB-fractie vragen de regering tevens of hiermee niet het risico ontstaat dat mensen alsnog zorg mijden, omdat meerdere «kleinere» bedragen samen alsnog een forse financiële last vormen.

Voorbeeld: gelijktijdig bij meerdere specialismen

- Een verzekerde wordt behandeld door een reumatoloog in het ziekenhuis voor reuma (€ 800). Tegelijkertijd wordt de verzekerde behandeld door een oogarts voor een bijkomende aandoening (€ 300).
- Oude systematiek: De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van (in 2028 volgens de huidige inzichten) € 470 vol met de behandeling van de reumatoloog.
- Nieuwe systematiek: De verzekerde betaalt € 150 voor de behandeling bij de reumatoloog en € 150 voor de behandeling bij de oogarts. De verzekerde betaalt in totaal € 300.

Voorbeeld: ziekenhuisopname met vervolgbehandeling

- Een verzekerde ondergaat een knievervanging in het ziekenhuis: een operatie-dbc (€ 4.500) en een ozp voor een IC-dag (€ 900). Na 130 dagen wordt een vervolg-dbc geopend voor nacontroles (€ 400).
- Oude systematiek: De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de operatie-dbc.
- Nieuwe systematiek: De verzekerde betaalt € 150 voor de operatie-dbc en € 150 voor de ozp IC-dag. Voor de vervolg-dbc betaalt de verzekerde opnieuw € 150, omdat na 120 dagen een nieuwe dbc is geopend. In totaal betaalt de verzekerde € 450.

Voorbeeld: combinatie van medisch-specialistische zorg en andere zorg

- Een verzekerde bezoekt een dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling (€ 500). Daarna gebruikt de verzekerde GGZ-zorg (€ 600).
- Oude systematiek: De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de behandeling van de dermatoloog.
- Nieuwe systematiek: De verzekerde betaalt € 150 voor de behandeling bij de dermatoloog en € 320 voor de GGZ-behandeling. De verzekerde maakt het eigen risico van € 470 vol.

De tranchering van het verplicht eigen risico zorgt ervoor dat 1,3 mln. verzekerden minder verplicht eigen risico hoeft te betalen. Een groot deel van de verzekerden zal wel het gehele verplicht eigen risico vol maken. Dit kabinet heeft aandacht voor de groep financieel kwetsbare mensen die relatief vaker de meer medisch noodzakelijke zorg uitstellen of daarvan afzien. Het is daarom belangrijk om gerichte ondersteuning te bieden, zoals dit nu al wordt gedaan met zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen, zoals de gemeentepolis.

Kan de regering toelichten waarom gekozen is voor € 150 per behandelprestatie en niet voor lagere bedragen?

Het onderhavige ontwerpbesluit gaat uit van een tranchebedrag van € 150, zoals is afgesproken in het Coalitieakkoord en de bijbehorende budgettaire bijlage. Dit is gelijk aan het tranchebedrag, zoals is opgenomen in het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico dat op 30 juni 2023 aan het parlement is voorgelegd.[33] Het kabinet Schoof was voornemens het verplicht eigen risico te verlagen naar € 165 en ging daarom uit van een tranchebedrag van € 50. Deze tranchebedragen werken vanuit de gedachte dat het eigen risico ongeveer in 3 delen wordt opgesplitst. Circa 1,3 mln verzekerden betalen daarom dankzij de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico.

De leden van de BBB-fractie vragen bovendien hoe begrijpelijk en uitlegbaar het systeem voor burgers nog is, zeker voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of financiële problemen. Kan de regering aangeven hoe wordt voorkomen dat mensen verrast worden door meerdere losse rekeningen uit verschillende behandeltrajecten?

De meeste patiënten die te maken krijgen met het eigen risico hebben jaarlijks 1 of 2 ziekenhuisbehandelingen nodig. Deze worden afgerekend in pakketjes; de Diagnose BehandelCombinaties (dbc's). Zij zullen niet te maken krijgen met verschillende rekeningen. Verzekerden die naast een dbc ook te maken hebben met andere los declarabele prestaties, zoals een Overig Zorgproduct (ozp) (bijvoorbeeld een IC-dag), hebben wel te maken

[33] Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1206.

met meerdere facturen eigen risico. Dit is onvermijdelijk. Dit zal een belangrijk aandachtspunt zijn in de nog uit te werken voorlichting en communicatie.

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de regering erkent dat tranchering weliswaar de vorm van het eigen risico verandert, maar niet wegneemt dat mensen die veel zorg nodig hebben uiteindelijk nog steeds de hoogste directe zorgkosten dragen.

Het klopt dat mensen die veel zorg nodig hebben het maximale verplicht eigen risico nog steeds zullen vol maken. Financieel kwetsbare mensen worden geholpen bij het betalen van het verplicht eigen risico met behulp van de zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen.

*De leden van de **SGP-fractie** lezen dat volgens de regering de tranchering het kostenbewustzijn bij verzekerden versterkt. Het komt immers nu voor dat een verzekerde al na één behandeling zijn volledige eigen risico moet betalen. Door de tranchering wordt de verzekerde langer gestimuleerd om na te denken of een nieuwe behandeling of vervolgbehandeling passend is. De leden van de SGP-fractie vragen of deze argumentatie is onderzocht en wetenschappelijk is onderbouwd. Passen mensen inderdaad hun gedrag hier inderdaad op aan? Is hier ervaring mee, bijvoorbeeld in andere landen?*

Het verwachte remgeldeffect is gebaseerd op eerdere berekeningen van het CPB. Het CPB heeft in 2020 een microsimulatiemodel in gebruik genomen, dat is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar. De uitkomsten van het model zijn volgens het CPB in lijn met verschillende wetenschappelijke onderzoeken die het remgeldeffect van het verplicht eigen risico in kaart hebben gebracht.[34] Door tranchering maken mensen minder snel hun verplicht eigen risico vol, waardoor er een financiële prikkel blijft bestaan voor eventuele nieuwe zorgvragen.

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting waarom de regering kiest voor het bedrag van € 150 en niet een ander hoger of lager bedrag.

Het onderhavige ontwerpbesluit gaat uit van een tranchebedrag van € 150. Dit is gelijk aan het tranchebedrag zoals is opgenomen in het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico dat op 30 juni 2023 aan het parlement is voorgelegd.[35] Het kabinet Schoof was voornemens het verplicht eigen risico te verlagen naar € 165 en ging daarom uit van een tranchebedrag van € 50. Deze tranchebedragen werken vanuit de gedachte dat het verplicht eigen risico ongeveer in 3 delen wordt opgesplitst. Circa 1,3 mln verzekerden betalen daarom dankzij de tranchering van het verplicht eigen risico minder verplicht eigen risico.

De leden van de SGP-fractie vragen om verduidelijking of het bedrag per tranche (nu € 150) ook jaarlijks zal worden geïndexeerd. Zo ja, dan wijzen zij erop dat verzekerden jaarlijks moeten gaan wennen aan twee maximumbedragen, namelijk een maximumbedrag voor het vrijwillig eigen risico en het bedrag voor de tranches. Wat doet dit met de

---

[34] Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (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.

[35] Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1206.

begrijpelijkheid van het eigen risico? De zorgverzekeraars wijzen erop dat het jaarlijks aanpassen van het eigen risico bij veel verzekerden leidt tot ongenoegen en verwarring. Welke maatregelen treft het regering om dit te voorkomen?

De bedragen van de tranches vrijwillig eigen risico die een zorgverzekeraar (tegenover een korting op de nominale premie) kan aanbieden, worden niet geïndexeerd. Zij zijn sinds de inwerkingtreding van de Zvw in 2006 niet gewijzigd.

Het bedrag per tranche verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg zal vanaf 2029 meeveranderen met de indexatie van het totaalbedrag aan verplicht eigen risico. Door de tranchering van het verplicht eigen risico neemt de complexiteit toe. Om die reden zal extra worden geïnvesteerd in goede voorlichting en informatievoorziening.

*De leden van de **ChristenUnie-fractie** zien tranchering van het eigen risico als een verbetering. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij inzicht kan geven in hoe vaak een behandeling bij de medische specialistische zorg bestaat uit meerdere dbc's of ozp's. Hoe groot acht de regering de kans dat verzekerden straks alsnog in één keer het gehele eigen risico moet betalen door de tranchering te koppelen aan een dbc of ozp? Deze leden vragen de regering ook of zij nader kan toelichten op basis waarvan zij verwacht dat het effect van de tranchering sterker zal doorwerken in een lager beroep op de zorg dan in een afname van de opbrengsten uit het eigen risico.*

Veel verzekerden hebben 1 of 2 behandelingen in een ziekenhuis per jaar. Hiervoor worden dbc's gedeclareerd die bestaan uit meerdere handelingen, zoals diagnostiek, een operatie en verpleging. Circa 1,3 mln. verzekerden zullen door de tranchering van het verplicht eigen risico minder eigen risico betalen. Het is niet bekend hoe vaak combinaties van dbc's en ozp's ertoe zullen leiden dat verzekerden het totaalbedrag aan verplicht eigen risico kwijt zullen zijn.
Er is gekeken wat de effecten van tranchering van het verplicht eigen risico op een hoogte van € 150 zijn op (a.) de opbrengst van het verplicht eigen risico, en (b.) het remgeldeffect. Hieruit is gebleken dat het remgeldeffect een groter financieel effect heeft dan de gederfde inkomsten aan eigen risico.

*De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit. Zij zien het voorstel niet als de oplossing voor ongewenste zorgmijding, hoewel het voor een deel van de mensen een kostenbesparing kan opleveren. Zij blijven daarom voorstander van volledige afschaffing van het eigen risico. Zij hebben daarom nog een aantal vragen en opmerkingen.*
De leden van de SP-fractie benadrukken dat het opknippen van het eigen risico er enerzijds voor zou zorgen dat sommige mensen minder eigen risico hoeven te betalen, maar dat mensen anderzijds vaker worden gestimuleerd om zorg te mijden. De kans bestaat daardoor dat de hoeveelheid uitgesteld zorg zou stijgen. Hoe kijkt de regering naar dit risico?

Eigen betalingen zijn volgens het kabinet nodig om de zorgkosten betaalbaar te houden. Eigen betalingen zorgen voor medefinanciering, dragen bij aan de houdbaarheid van solidariteit en kostenbewustzijn. Maar we moeten inderdaad ook waken voor de negatieve effecten, zoals het afzien van medisch noodzakelijke zorg. Er zijn op dit moment al verschillende manieren waarop ongewenste zorgmijding wordt tegengegaan met gerichte financiële ondersteuning, zoals de zorgtoeslag en

gemeentelijke regelingen. Het kabinet is voornemens om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico maakt onderdeel uit van deze analyse. Daarnaast heeft het kabinet middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen. Verder wil het kabinet de gerichte ondersteuning verbeteren en is daarom in een positief en constructief gesprek met de VNG en ZN over hoe de gemeentepolis beter ingezet kan worden.

De leden van de SP-fractie wijzen er daarnaast op dat het opknippen van het eigen risico voor een grote groep mensen geen oplossing is voor de problemen die zij ervaren door het eigen risico. Mensen met een chronische ziekte en/of beperking zullen naar verwachting vaak alsnog het volledige eigen risico volmaken. Waarom kiest de regering daarom niet voor een verlaging of afschaffing, in plaats van deze maatregel?

Om verschillende redenen is de regering geen voorstander van afschaffing of verlaging van het eigen risico. Het eigen risico zorgt namelijk voor medefinanciering, waardoor aan iedereen een lagere premie kan worden gevraagd. Verder creëert het kostenbewustzijn onder verzekerden. Het beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van zorg noodzakelijk is en of de zorg op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor is de zorg die wordt verleend vaker passende zorg. Daarnaast draagt de verhoging van het eigen risico bij aan het draagvlak voor de risicosolidariteit in ons zorgstelsel. Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Zo houden we de premies beheersbaar. Het eigen risico fungeert hierdoor als een «ventiel» dat de druk op de (risico)solidariteit beheersbaar houdt: zonder die eigen bijdrage van zorggebruikers zou de bereidheid van gezond Nederland om aan de zorg van anderen mee te betalen, kunnen afnemen.

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat mensen die afhankelijk zijn van ggz niet in aanmerking komen voor deze maatregel. In de ggz wordt immers niet meer gewerkt met dbc's. Wat doet de regering om zorgmijding in de ggz te voorkomen?

De tranchering geldt alleen in de medisch-specialistische zorg, omdat de tranchering in andere sectoren weinig effect zal hebben. Er is een aanzienlijke groep patiënten die jaarlijks 1 of 2 ziekenhuisbehandelingen nodig hebben. Deze worden afgerekend in pakketjes; de dbc's. Naar verwachting gaan ongeveer 1,3 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld circa € 100 minder eigen risico betalen. In andere deelsectoren zal dit niet zo zijn, zoals in de GGZ. In de GGZ volgen verschillende relatief goedkopere behandelingen elkaar snel op. Mensen maken dan al snel binnen korte tijd het volledige verplicht eigen risico op.
Er wordt op verschillende manieren gewerkt aan het voorkomen van zorgmijding en het verlagen van de drempel om vroegtijdig GGZ te ontvangen. Vanaf 1 januari 2025 is er een aparte bekostiging voor het verkennend gesprek met een GGZ-professional, en sinds 2026 vallen de kosten van zo'n verkennend gesprek buiten het verplicht eigen risico. Aldus worden de financiële drempels voor een eerste stap verlaagd.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
S.T.M. Hermans