



Advies Raad van State inzake het voorstel van wet, houdende Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen

Nader Rapport

11 mei 2026

4380917-1097406-WJZ

Directie Wetgeving en Juridische Zaken

Aan de Koning

Nader rapport inzake het voorstel van wet, houdende Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 20 april 2026, no. 2026000853, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 29 april 2026, no. W13.26.00101/III, bied ik U hierbij aan.

De tekst van het advies treft u hieronder cursief aan, voorzien van mijn reactie.

Bij Kabinetsmissive van 20 april 2026, no. 2026000853, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel tot wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen tot 460 euro, met memorie van toelichting.

Op basis van de huidige wettelijke regeling voor het vaststellen van het verplicht eigen risico wordt de indexatie per 2027 automatisch hervat. De bepaling die de bevrozing regelt, is aan het einde van dit jaar uitgewerkt.¹ Het voorstel regelt voor het jaar 2027 ná indexering een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60.

Ook wordt een tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028 aangekondigd. Dit houdt in dat per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg maximaal € 150 in rekening wordt gebracht. Deze tranchering is niet in het voorliggende voorstel opgenomen en zal worden geregeld in een wijziging van het Besluit zorgverzekering.

Doel van het voorstel is dat mensen die gebruik maken van zorg, zelf een groter deel van de door hen gemaakte kosten meefinancieren. Daarmee is beoogd mensen bewuster te laten nadenken of het gebruik van zorg noodzakelijk is op dat moment. Dit leidt ertoe dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken en dus tot lagere zorgkosten (het zogenoemde remgeldeffect).² Van de aangekondigde tranchering verwacht de regering dat dit de financiële drempel tot de zorg verlaagt, ongewenste zorgmijding daarmee tegengaat en het kostenbewustzijn langer doorwerkt.³

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft begrip voor de hervatting van de indexatie en de keuze om daarbij een inhaalslag te maken.

Met het oog op de toekomst wijst zij er op dat de hoogte van het verplicht eigen risico in het afgelopen decennium meerdere keren onderwerp is geweest van discussie. Het is voor burgers en uitvoerders van belang te komen tot een meer consistent en voorspelbaar beleid. Daarbij is het nodig een meer bestendige, en waar mogelijk meer geobjectiveerde, balans te vinden tussen medefinanciering van de zorgkosten door middel van het verplicht eigen risico en het remgeldeffect enerzijds, en collectieve financiering door middel van de zorgpremie anderzijds. En, in samenhang daarmee, ondersteuning van specifieke groepen verzekerden die dat nodig hebben.

¹ Artikel 19, zevende lid, Zorgverzekeringswet.

² Memorie van toelichting, paragraaf 2.

³ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

De Afdeling wijst er verder op 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.

In verband daarmee is aanpassing van de toelichting wenselijk.

1. Balans medefinanciering en premiefinanciering

De bevrozing van het verplicht eigen risico heeft ertoe geleid dat de relatieve medefinanciering van de zorg door verzekerden en het remgeldeffect sinds 2016 structureel zijn afgenomen. Zonder de bevrozing zou het verplicht eigen risico in 2026 naar schatting zijn uitgekomen op € 535. Door het uitwerken van de horizonbepaling in de Zorgverzekeringswet wordt vanaf 2027 het verplicht eigen risico weer geïndexeerd. Voorgesteld wordt om, na indexatie, het verplicht eigen risico met € 60 te verhogen. Dat betekent dat het verplicht eigen risico in 2027 uitkomt op € 455.⁴

De Afdeling heeft begrip voor de hervatting van de indexatie en de keuze om daarbij een inhaalslag te maken. Alternatieven, zoals het beperken van het verzekerde pakket, zijn ingrijpender en dus minder aantrekkelijk. Financiële beperkingen en beperkte beschikbare menskracht maken beperking van de groei van de zorg en de zorguitgaven onvermijdelijk. Het verplicht eigen risico draagt bij aan medefinanciering van zorgkosten en creëert kostenbewustzijn, waardoor de vraag naar zorg wordt beperkt.

De Afdeling wijst er met het oog op de toekomst op dat de hoogte van het verplicht eigen risico in het afgelopen decennium meermaals onderwerp is geweest van discussie. Het voorliggende voorstel voor verhoging met € 60 en de aangekondigde tranchering vanaf 2028, volgen ruim een jaar nadat de Afdeling heeft geadviseerd over het voorstel tot verlagen van het verplicht eigen risico.⁵ In de discussie over de hoogte van het verplicht eigen risico wordt de ene keer meer belang gehecht aan medefinanciering en het remgeldeffect en de andere keer aan het tegengaan van ongewenste zorgmijding door chronisch zieken.

De Afdeling merkt op dat het voor burgers en uitvoerders wenselijk is om te komen tot een meer consistent en voorspelbaar beleid. Daarvoor is nodig dat wordt toegewerkt naar een meer bestendige, en waar mogelijk meer geobjectiveerde, balans tussen medefinanciering van de zorgkosten door middel van het verplichte eigen risico en het remgeldeffect enerzijds, en collectieve financiering door middel van de zorgpremie anderzijds.

Daarbij spelen ook een rol de uitkomsten van het door het kabinet aangekondigde nadere onderzoek naar de omvang en aard van het niet opvolgen van een verwijzing van de huisarts, om meer zicht te krijgen op de financiële en niet financiële redenen van (ongewenste) zorgmijding.⁶ Een bestendige balans zal bovendien ook op de langere termijn meer duidelijkheid kunnen bieden over de benodigde financiële ondersteuning van kwetsbare groepen.

Tegen die achtergrond begrijpt de Afdeling de voorgestelde inhaalslag door verhoging van het eigen risico. Wel vergt de keuze voor een bedrag van € 60 een nadere motivering.

De Afdeling adviseert in de toelichting op de genoemde aspecten in te gaan.

De Afdeling merkt op dat het wenselijk is toe te werken naar een meer bestendige, en waar mogelijk geobjectiveerde, balans tussen – in wezen – het verplicht eigen risico enerzijds en de nominale premie (zorgpremie) anderzijds. Deze objectieve balans is echter al in de Zorgverzekeringswet (Zvw) verankerd.

De zorgverzekeraars ontvangen ongeveer de helft van het geld dat zij nodig hebben voor de uitvoering van hun zorgverzekeringen in de vorm van een door het Zorginstituut uitgekeerde risicovereveningsbijdrage. De andere helft incasseren zij bij hun verzekerden, vooral in de vorm van nominale premies en verplicht eigen risico.

In artikel 19, tweede en derde lid, van de Zvw is bepaald dat het verplicht eigen risico wordt geïndexeerd overeenkomstig de verwachte toename van de zorgkosten in het jaar waarvoor het eigen

⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 1 en 2.

⁵ Zie het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State van 11 juni 2025 over het wetsvoorstel wijziging van de zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verlagen naar € 165 (W13.25.00075/III).

⁶ Memorie van toelichting paragraaf 3, onder b.

risico zal gelden en het daaraan voorafgaande jaar. Het verplicht eigen risico groeit dus mee met de zorgkosten. Hetzelfde geldt voor de risicovereveningsbijdragen en de geraamde gemiddelde nominale premie.⁷ Indien het verplicht eigen risico daadwerkelijk ieder jaar zou wordt geïndexeerd, blijf de verhouding tussen dat eigen risico en de (gemiddelde) nominale premie derhalve gelijk.

Het kabinet Jetten is – dit is naar aanleiding van het advies van de Afdeling nog iets explicieter in de memorie van toelichting opgenomen – voornemens om tijdens zijn zittingsduur het verplicht eigen risico ieder jaar te indexeren. In de zin zal tijdens die zittingsduur voor burgers sprake zijn van een consistent en voorspelbaar beleid. Dit kabinet kan echter niet voorkomen dat een volgend kabinet wederom zou kunnen besluiten tot bevrozing of zelfs verlaging van het verplicht eigen risico.

Naar aanleiding van het advies van de Afdeling is in de memorie van toelichting verduidelijkt dat volgens het kabinet een verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico leidt tot een betere balans tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

2. Flankerend beleid door gemeenten

De toelichting wijst er in algemene zin op dat de werking van het verplicht eigen risico staat of valt bij goed flankerend beleid, omdat de financiële gevolgen daarvan het grootst zijn bij chronisch zieken en zouden kunnen leiden tot ongewenste zorgmijding.⁸ De toelichting noemt daarbij de verschillende mogelijkheden voor financiële ondersteuning, via de zorgtoeslag, via de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en het voorzien in een gemeentepolis.

Ook noemt de toelichting de meer algemene afspraak in het coalitieakkoord om te willen werken aan een betere en gelijk gerichtere inzet van gemeentelijke regelingen. Daarnaast is het kabinet voornemens om te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico wordt daarbij betrokken. Ten slotte is er via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken € 350 miljoen beschikbaar vanaf 2027.

De Afdeling onderschrijft dat op decentraal niveau gemeenten in beginsel beschikken over instrumenten om te komen tot maatwerk voor een cliënt. De Afdeling constateert dat in de toelichting het flankerend beleid via de gemeenten vooral in algemene zin wordt beschreven. Gemeenten wordt gewezen op hun verantwoordelijkheid voor maatwerk voor kwetsbare cliënten.

Gelet op de ervaringen bij verschillende decentralisaties is het echter van belang dat de regering bij het treffen van een maatregel die gevolgen kan hebben voor gemeenten, inzicht geeft in welke mate daarvan sprake zal zijn. Voorkomen moet worden dat door het Rijk verwachtingen worden gewekt die vervolgens door gemeenten niet worden waargemaakt.

Daarbij speelt ook een rol dat gemeenten in beginsel zelf keuzes maken over het maatwerk dat zij in voorkomend geval bieden en de geboden ondersteuning dan ook per gemeente kan en mag verschillen. De toelichting gaat hierop niet in en gaat beantwoordt ook niet de vraag of met het voorstel een aanvullend beroep op gemeenten wordt gedaan. Evenmin blijkt uit de toelichting of over het voorstel en de mogelijke financiële gevolgen daarvan overleg heeft plaatsgevonden met de VNG en wat daarvan de uitkomst is. Dat is wel nodig, nu het voorstel de interbestuurlijke verhoudingen raakt.⁹

De Afdeling adviseert in de toelichting op de genoemde aspecten in te gaan.

In de memorie van toelichting worden twee bestaande instrumenten beschreven die de gemeenten kunnen inzetten om de gevolgen van de verhoging van het verplicht eigen risico voor gehandicapten en chronisch zieken en financieel kwetsbare mensen te verzachten. Omdat deze instrumenten – die gemeenten inderdaad verschillend kunnen invullen – niet nieuw zijn, is over het noemen van deze instrumenten niet vooraf met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) overlegd.

Terecht merkt de Afdeling advisering op dat voorliggend wetsvoorstel kan leiden tot een stijgend beroep op deze instrumenten. Zoals in paragraaf 2d van de memorie van toelichting is aangegeven, wordt op dit moment geanalyseerd welke gevolgen diverse maatregelen uit het coalitieakkoord en de samenloop daarvan kunnen hebben voor het besteedbaar inkomen van mensen in een kwetsbare

⁷ Opgemerkt wordt dat het in het privaatrechtelijke zorgverzekeringsstelsel aan de zorgverzekeraars is om de werkelijke hoogte van de nominale premies te bepalen die zij voor hun zorgverzekeringen vragen. In de praktijk groeien echter ook de werkelijke zorgpremie mee met de zorgkosten.

⁸ Memorie van toelichting, paragraaf 3, onder b en d.

⁹ Code Interbestuurlijke Verhoudingen, artikelen 4 en 5, het rapport van de Studiegroep Interbestuurlijke Verhoudingen (bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 29 362, nr. 391). Ook zij gewezen op de in het Coalitieakkoord geformuleerde ambitie 'samenwerking als gezamenlijke opdracht' over de interbestuurlijke verhoudingen (Coalitieakkoord, blz 5).

positie (zowel vanwege gezondheid als financiële situatie).¹⁰ De indexering, verhoging en tranchering van het verplicht eigen risico maken onderdeel uit van de te bestuderen 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.

De memorie van toelichting is overeenkomstig het voorgaande verduidelijkt.

3. Tranchering

Het kabinet is voornemens om ook te voorzien in een tranchering van het verplicht eigen risico. Hoewel het wetsvoorstel hierop niet ziet, behandelt de toelichting beide maatregelen in samenhang. Het doel van de tranchering is volgens de toelichting een slimmere toepassing van het eigen risico: de financiële drempel voor zorg wordt verlaagd en het kostenbewustzijn wordt verlengd.¹¹ Of het effect van verlengd kostenbewustzijn zich zal voordoen en in welke mate, wordt in de toelichting bij het wetsvoorstel niet nader gemotiveerd. Wel wordt opgemerkt dat veel verzekerden minder eigen risico gaan betalen vergeleken met de situatie waarin geen tranchering zou zijn.¹²

De Afdeling merkt op dat dit betekent dat de budgettaire opbrengst van de voorgestelde verhoging van het verplichte eigen risico zal afnemen met de voorgenomen tranchering. Als gevolg daarvan zal de zorgpremie in 2028 weer stijgen en de voorziene lastenverlichting gedeeltelijk weer teniet worden gedaan. Chronisch zieken zullen geen baat hebben bij de tranchering, omdat zij het bedrag van het verplicht eigen risico toch vol zullen maken.

In dit licht is het van belang de beoogde meerwaarde van deze maatregel nader te expliciteren. De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan.

Ten gevolge van de tranchering zullen inderdaad minder mensen het verplicht eigen risico vol maken, en het is juist dat dit effect zal leiden tot een lagere opbrengst van het eigen risico. Echter, de tranchering zal ook leiden tot een hoger kostenbewustzijn en daarmee tot een lager beroep op de zorg. De inschatting is dat het tweede effect groter is dan het eerste. De tranchering leidt daarmee tot minder uitgaven aan de zorg, en daarmee tot een lagere nominale premie. Ook chronisch zieken profiteren hiervan. De tranchering zal door middel van een wijziging van het Besluit zorgverzekering worden geregeld. In paragraaf 3 van de nota van toelichting bij deze wijziging worden bovengenoemde effecten gekwantificeerd.¹³

In paragraaf 4 van de memorie van toelichting bij voorliggend wetsvoorstel wordt weergegeven welke financiële effecten verzekerden in 2027 zullen ondervinden van de in het wetsvoorstel opgenomen verhoging (na indexering) van het verplicht eigen risico. De tranchering zal door middel van een wijziging van het Besluit zorgverzekering worden geregeld en zal bovendien pas vanaf 2028 gaan gelden. Om die reden ligt het minder voor de hand om in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel te bespreken welke financiële gevolgen de tranchering voor verzekerden zal hebben. Wel is het interactie-effect van de verhoging en de tranchering meegenomen in de bedragen die in paragraaf 7 van de memorie van toelichting worden weergegeven.

4. Overige opmerkingen

De toelichting gaat in op de financiële effecten van de indexatie en de verhoging van het verplicht eigen risico (de zogenoemde directe gevolgen van dit voorstel).¹⁴ Ook beschrijft de toelichting de gevolgen voor de zorgtoeslag. Uit de toelichting blijkt echter niet dat in de berekening van de gevolgen rekening is gehouden met de lastenverzwaring die is opgenomen in de Voorjaarsnota 2026. In de Voorjaarsnota is namelijk een compenserende lastenverzwaring voor burgers en bedrijven opgenomen die de lagere inkomsten uit de zorgpremies, als gevolg van verhoging van het verplichte eigen risico, compenseert.¹⁵

De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan.

¹⁰ Zie ook de op 8 april 2026 aan de Tweede Kamer gezonden Procesbrief uitvoering motie Stoffer c.s. en Lahlah c.s.

¹¹ Memorie van toelichting, paragraaf 3, onder e.

¹² Idem.

¹³ Het concept-besluit tot tranchering van het verplicht eigen risico zal kort na de indiening van het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico bij het parlement worden voorgehangen.

¹⁴ Memorie van toelichting, paragrafen 4 en 7.

¹⁵ Kamerstukken II 2025/26, 36 915, nr.1, tabel 7, regel 15, met toelichting.



Het kabinet hanteert een inkomstenkader om zowel de beleidsmatige lastenontwikkeling voor burgers en bedrijven als de overheidsfinanciën te beheersen. De aanpassing van de zorgpremies (ten gevolge van de verhoging van het verplicht eigen risico) heeft geleid tot compenserende lastenverzwaring binnen het inkomstenkader. Dit is een indirect effect en betreft bredere besluitvorming van het kabinet. Daarom is dit niet nader toegelicht in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal opmerkingen bij het voorstel en adviseert daarmee rekening te houden voordat het voorstel bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt ingediend.

*De waarnemend vice-president van de Raad van State,
Th. C. de Graaf*

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de in paragraaf 3a van de memorie van toelichting gepresenteerde cijfers over de door het Centraal Planbureau (CPB) geraamde zorguitgaven te actualiseren en om enkele kleine verbeteringen op te nemen in de in paragraaf 8b opgenomen passage over het onderzoek dat het CPB doet naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts.

Ik verzoek U het hierbij gevoegde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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



Advies Raad van State

No. W13.25.00101/III

's-Gravenhage, 29 april 2026

Aan de Koning

Bij Kabinetsmissive van 20 april 2026, no.2026000853, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel tot wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen tot 460 euro, met memorie van toelichting.

Op basis van de huidige wettelijke regeling voor het vaststellen van het verplicht eigen risico wordt de indexatie per 2027 automatisch hervat. De bepaling die de bevrozing regelt, is aan het einde van dit jaar uitgewerkt.¹ Het voorstel regelt voor het jaar 2027 ná indexering een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60.

Ook wordt een tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028 aangekondigd. Dit houdt in dat per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg maximaal € 150 in rekening wordt gebracht. Deze tranchering is niet in het voorliggende voorstel opgenomen en zal worden geregeld in een wijziging van het Besluit zorgverzekering.

Doel van het voorstel is dat mensen die gebruik maken van zorg, zelf een groter deel van de door hen gemaakte kosten meefinancieren. Daarmee is beoogd mensen bewuster te laten nadenken of het gebruik van zorg noodzakelijk is op dat moment. Dit leidt ertoe dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken en dus tot lagere zorgkosten (het zogenoemde remgeldeffect).² Van de aangekondigde tranchering verwacht de regering dat dit de financiële drempel tot de zorg verlaagt, ongewenste zorgmijding daarmee tegengaat en het kostenbewustzijn langer doorwerkt.³

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft begrip voor de hervatting van de indexatie en de keuze om daarbij een inhaalslag te maken.

Met het oog op de toekomst wijst zij er op dat de hoogte van het verplicht eigen risico in het afgelopen decennium meerdere keren onderwerp is geweest van discussie. Het is voor burgers en uitvoerders van belang te komen tot een meer consistent en voorspelbaar beleid. Daarbij is het nodig een meer bestendige, en waar mogelijk meer geobjectiveerde, balans te vinden tussen medefinanciering van de zorgkosten door middel van het verplicht eigen risico en het remgeldeffect enerzijds, en collectieve financiering door middel van de zorgpremie anderzijds. En, in samenhang daarmee, ondersteuning van specifieke groepen verzekerden die dat nodig hebben.

De Afdeling wijst er verder op 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.

In verband daarmee is aanpassing van de toelichting wenselijk.

1. Balans medefinanciering en premiefinanciering

De bevrozing van het verplicht eigen risico heeft ertoe geleid dat de relatieve medefinanciering van de zorg door verzekerden en het remgeldeffect sinds 2016 structureel zijn afgenomen. Zonder de bevrozing zou het verplicht eigen risico in 2026 naar schatting zijn uitgekomen op € 535. Door het uitwerken van de horizonbepaling in de Zorgverzekeringswet wordt vanaf 2027 het verplicht eigen risico weer geïndexeerd. Voorgesteld wordt om, na indexatie, het verplicht eigen risico met € 60 te verhogen. Dat betekent dat het verplicht eigen risico in 2027 uitkomt op € 455.⁴

De Afdeling heeft begrip voor de hervatting van de indexatie en de keuze om daarbij een inhaalslag te maken. Alternatieven, zoals het beperken van het verzekerde pakket, zijn ingrijpender en dus minder

¹ Artikel 19, zevende lid, Zorgverzekeringswet.

² Memorie van toelichting, paragraaf 2.

³ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 1 en 2.

aantrekkelijk. Financiële beperkingen en beperkte beschikbare menskracht maken beperking van de groei van de zorg en de zorguitgaven onvermijdelijk. Het verplicht eigen risico draagt bij aan medefinanciering van zorgkosten en creëert kostenbewustzijn, waardoor de vraag naar zorg wordt beperkt.

De Afdeling wijst er met het oog op de toekomst op dat de hoogte van het verplicht eigen risico in het afgelopen decennium meermaals onderwerp is geweest van discussie. Het voorliggende voorstel voor verhoging met € 60 en de aangekondigde tranchering vanaf 2028, volgen ruim een jaar nadat de Afdeling heeft geadviseerd over het voorstel tot verlagen van het verplicht eigen risico.⁵ In de discussie over de hoogte van het verplicht eigen risico wordt de ene keer meer belang gehecht aan medefinanciering en het remgeldeffect en de andere keer aan het tegengaan van ongewenste zorgmijding door chronisch zieken.

De Afdeling merkt op dat het voor burgers en uitvoerders wenselijk is om te komen tot een meer consistent en voorspelbaar beleid. Daarvoor is nodig dat wordt toegewerkt naar een meer bestendige, en waar mogelijk meer geobjectiveerde, balans tussen medefinanciering van de zorgkosten door middel van het verplichte eigen risico en het remgeldeffect enerzijds, en collectieve financiering door middel van de zorgpremie anderzijds.

Daarbij spelen ook een rol de uitkomsten van het door het kabinet aangekondigde nadere onderzoek naar de omvang en aard van het niet opvolgen van een verwijzing van de huisarts, om meer zicht te krijgen op de financiële en niet financiële redenen van (ongewenste) zorgmijding.⁶ Een bestendige balans zal bovendien ook op de langere termijn meer duidelijkheid kunnen bieden over de benodigde financiële ondersteuning van kwetsbare groepen.

Tegen die achtergrond begrijpt de Afdeling de voorgestelde inhaalslag door verhoging van het eigen risico. Wel vergt de keuze voor een bedrag van € 60 een nadere motivering.

De Afdeling adviseert in de toelichting op de genoemde aspecten in te gaan.

2. Flankerend beleid door gemeenten

De toelichting wijst er in algemene zin op dat de werking van het verplicht eigen risico staat of valt bij goed flankerend beleid, omdat de financiële gevolgen daarvan het grootst zijn bij chronisch zieken en zouden kunnen leiden tot ongewenste zorgmijding.⁷ De toelichting noemt daarbij de verschillende mogelijkheden voor financiële ondersteuning, via de zorgtoeslag, via de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en het voorzien in een gemeentepolis.

Ook noemt de toelichting de meer algemene afspraak in het coalitieakkoord om te willen werken aan een betere en gelijk gerichtere inzet van gemeentelijke regelingen. Daarnaast is het kabinet voornemens om te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De verhoging van het eigen risico wordt daarbij betrokken. Ten slotte is er via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken € 350 miljoen beschikbaar vanaf 2027.

De Afdeling onderschrijft dat op decentraal niveau gemeenten in beginsel beschikken over instrumenten om te komen tot maatwerk voor een cliënt. De Afdeling constateert dat in de toelichting het flankerend beleid via de gemeenten vooral in algemene zin wordt beschreven. Gemeenten wordt gewezen op hun verantwoordelijkheid voor maatwerk voor kwetsbare cliënten.

Gelet op de ervaringen bij verschillende decentralisaties is het echter van belang dat de regering bij het treffen van een maatregel die gevolgen kan hebben voor gemeenten, inzicht geeft in welke mate daarvan sprake zal zijn. Voorkomen moet worden dat door het Rijk verwachtingen worden gewekt die vervolgens door gemeenten niet worden waargemaakt.

Daarbij speelt ook een rol dat gemeenten in beginsel zelf keuzes maken over het maatwerk dat zij in voorkomend geval bieden en de geboden ondersteuning dan ook per gemeente kan en mag verschillen. De toelichting gaat hierop niet in en gaat beantwoordt ook niet de vraag of met het voorstel een aanvullend beroep op gemeenten wordt gedaan. Evenmin blijkt uit de toelichting of over het voorstel en de mogelijke financiële gevolgen daarvan overleg heeft plaatsgevonden met de VNG en wat

⁵ Zie het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State van 11 juni 2025 over het wetsvoorstel wijziging van de zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verlagen naar € 165 (W13.25.00075/III).

⁶ Memorie van toelichting paragraaf 3, onder b.

⁷ Memorie van toelichting, paragraaf 3, onder b en d.



daarvan de uitkomst is. Dat is wel nodig, nu het voorstel de interbestuurlijke verhoudingen raakt.⁸

De Afdeling adviseert in de toelichting op de genoemde aspecten in te gaan.

3. Tranchering

Het kabinet is voornemens om ook te voorzien in een tranchering van het verplicht eigen risico. Hoewel het wetsvoorstel hierop niet ziet, behandelt de toelichting beide maatregelen in samenhang. Het doel van de tranchering is volgens de toelichting een slimmere toepassing van het eigen risico: de financiële drempel voor zorg wordt verlaagd en het kostenbewustzijn wordt verlengd.⁹ Of het effect van verlengd kostenbewustzijn zich zal voordoen en in welke mate, wordt in de toelichting bij het wetsvoorstel niet nader gemotiveerd. Wel wordt opgemerkt dat veel verzekerden minder eigen risico gaan betalen vergeleken met de situatie waarin geen tranchering zou zijn.¹⁰

De Afdeling merkt op dat dit betekent dat de budgettaire opbrengst van de voorgestelde verhoging van het verplichte eigen risico zal afnemen met de voorgenomen tranchering. Als gevolg daarvan zal de zorgpremie in 2028 weer stijgen en de voorziene lastenverlichting gedeeltelijk weer teniet worden gedaan. Chronisch zieken zullen geen baat hebben bij de tranchering, omdat zij het bedrag van het verplicht eigen risico toch vol zullen maken.

In dit licht is het van belang de beoogde meerwaarde van deze maatregel nader te expliciteren. De Afdeling adviseert in de toelichting nader op het voorgaande in te gaan.

4. Overige opmerkingen

De toelichting gaat in op de financiële effecten van de indexatie en de verhoging van het verplicht eigen risico (de zogenoemde directe gevolgen van dit voorstel).¹¹ Ook beschrijft de toelichting de gevolgen voor de zorgtoeslag. Uit de toelichting blijkt echter niet dat in de berekening van de gevolgen rekening is gehouden met de lastenverzwaring die is opgenomen in de Voorjaarsnota 2026. In de Voorjaarsnota is namelijk een compenserende lastenverzwaring voor burgers en bedrijven opgenomen die de lagere inkomsten uit de zorgpremies, als gevolg van verhoging van het verplichte eigen risico, compenseert.¹²

De Afdeling adviseert hierop in de toelichting nader in te gaan.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft een aantal opmerkingen bij het voorstel en adviseert daarmee rekening te houden voordat het voorstel bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal wordt ingediend.

*De waarnemend vice-president van de Raad van State,
G.G.J. Heerma van Voss.*

⁸ Code Interbestuurlijke Verhoudingen, artikelen 4 en 5, het rapport van de Studiegroep Interbestuurlijke Verhoudingen (bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 29 362, nr. 391). Ook zij gewezen op de in het Coalitieakkoord geformuleerde ambitie 'samenwerking als gezamenlijke opdracht over de interbestuurlijke verhoudingen (Coalitieakkoord, blz 5).

⁹ Memorie van toelichting, paragraaf 3, onder e.

¹⁰ Idem.

¹¹ Memorie van toelichting, paragrafen 4 en 7.

¹² Kamerstukken II 2025/26, 36 915, nr.1, tabel 7, regel 15, met toelichting.



Tekst zoals toegezonden aan de Raad van State: Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen [KetenID WKG028738]

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is het bedrag aan verplicht eigen risico voor een zorgverzekering per 2027 na indexering te verhogen met € 60;

Zo is het, dat Wij, de Afdeling advisering van de Raad van State gehoord, en met gemeen overleg der Staten-Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

ARTIKEL I

Artikel 19 van de Zorgverzekeringswet wordt als volgt gewijzigd:

1. Het derde lid komt te luiden:

3. Indien het geïndexeerde bedrag, naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5, verschilt van het in het eerste lid genoemde bedrag, wordt dit bedrag bij ministeriële regeling vervangen door het geïndexeerde en vervolgens afgeronde bedrag.

2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:

8. In afwijking van het derde lid wordt het eigen risico voor het jaar 2027 als volgt berekend en bekendgemaakt:
 - a. het overeenkomstig het tweede lid geïndexeerde bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5;
 - b. het na toepassing van onderdeel a verkregen bedrag wordt verhoogd met € 60;
 - c. het na toepassing van onderdeel b verkregen bedrag wordt bij ministeriële regeling vastgesteld, waarna dat bedrag in de plaats treedt van het in het eerste lid genoemde bedrag.

ARTIKEL II

Het zevende lid en achtste lid van artikel 19 van de Zorgverzekeringswet vervallen met ingang van 1 januari 2028.

ARTIKEL III

Deze wet treedt in werking met ingang van 1 september 2026.

Lasten en bevelen dat deze in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat alle ministeries, autoriteiten, colleges en ambtenaren die zulks aangaat, aan de nauwkeurige uitvoering de hand zullen houden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,



MEMORIE VAN TOELICHTING

I. Algemeen deel

Inhoudsopgave

I. Algemeen deel

1. Inleiding
2. Financiering van de zorg en (kosten)ontwikkelingen
3. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven
4. Gevolgen voor verzekerden
5. Europese aspecten
6. Uitvoering en regeldruk
7. Budgettaire gevolgen
8. Advies en consultatie
9. Gevolgen voor Caribisch Nederland
10. Inwerkingtreding en communicatie

II. Artikelsgewijze toelichting

1. Inleiding

In het coalitieakkoord 2026–2030 ‘Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland’¹ heeft het kabinet maatregelen aangekondigd om goede zorg ook in de toekomst te garanderen. Deze toekomstbestendigheid staat namelijk onder druk. Er zijn simpelweg niet genoeg zorgprofessionals om in alle zorg en ondersteuning te voorzien waar om gevraagd wordt. En niet alle zorg is passende zorg: soms heeft behandelen geen meerwaarde voor de patiënt, soms is zorg niet het passende antwoord op de hulpvraag. Dit vraagt om het maken van keuzes. Keuzes die van iedereen een bijdrage vragen.

Samen met zorg- en welzijnspartijen en maatschappelijke partners werkt het kabinet daarom aan structurele oplossingen. Er zijn doorbraken nodig om de goede voorbeelden de standaard te maken. Dat doet het kabinet aan de hand van vier richtinggevende principes:

1. De gezondste generatie ooit
2. Van zorg naar gezondheid
3. Passende zorg en ondersteuning
4. Solidair zorgstelsel

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). Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen.

Gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van burgers die ziek zijn. Mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen met een laag inkomen. We betalen veel samen, en als je daadwerkelijk zorg gebruikt, hoort daar ook een eigen financiële bijdrage bij. Zo houden we de premies beheersbaar. Die solidariteit is een groot goed en moeten we behouden. De maatregelen die het kabinet neemt leiden ertoe dat de zorg toegankelijk blijft, maar ook dat de zorguitgaven minder hard stijgen. Zo zorgen we ervoor dat gezonde mensen ook in de toekomst solidair willen blijven met mensen die zorg nodig hebben. Tegelijkertijd zorgen we ervoor dat mensen die medisch-specialistische zorg nodig hebben niet in één keer het hele eigen risico kwijt zijn voor die zorg door het eigen risico te trancheren op maximaal € 150 per behandelprestatie.

Het eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de zorgkostenontwikkeling, waardoor de relatieve medefinanciering aan de zorg door verzekerden evenals het reële remgeldeffect² structureel zijn afgenomen. Dit kabinet kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren. Hierdoor beweegt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het verplicht eigen risico komt daarmee volgens huidige inzichten uit op € 395, maar dit kan tot vaststelling van de Ontwerpbegroting voor 2027, die op Prinsjesdag 2026 bekend wordt, nog beperkt wijzigen. Daarnaast kiest het kabinet voor een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, waardoor het verplicht

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 36 848, nr. 31

² De mate waarin mensen ten gevolge van het eigen risico minder zorg gebruiken, wordt het ‘remgeldeffect’ genoemd.

eigen risico in 2027 naar huidige inzichten uitkomt op € 455. Deze verhoging vergt een wijziging van de Zvw.

De andere maatregel met betrekking tot het verplicht eigen risico die in het coalitieakkoord is genoemd, is de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028. Per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg³ 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 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 passend is. Zo geven we het eigen risico slimmer vorm.

De tranchering wordt voorbereid via een afzonderlijke wijziging van het Besluit zorgverzekering. De verhoging en de tranchering kennen een onderlinge afhankelijkheid en worden in deze toelichting daarom in samenhang behandeld. De tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch specialistische zorg treedt per 2028 in werking, en niet per 2027, omdat de zorgverzekeraars een jaar nodig hebben om de tranchering in te voeren en het van belang is om de verzekerden goed uit te leggen hoe de tranchering in zijn werk gaat.

2. Financiering van de zorg en (kosten)ontwikkelingen

De wijze waarop de zorg onder de Zvw is gefinancierd

De financiering van zorg en ondersteuning in Nederland is gebaseerd op solidariteit. Het gaat hierbij om solidariteit tussen mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen (risicosolidariteit) en solidariteit tussen mensen met verschillende inkomens (inkomenssolidariteit). De kosten van de Zvw worden gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdragen (IAB), nominale premies, opbrengsten van eigen bijdragen, waaronder het verplicht eigen risico, en de rijksbijdrage ter medefinanciering van zorgkosten van jongeren⁴. De overheid betaalt bovendien een zorgtoeslag aan huishoudens met lage en lage middeninkomens als compensatie voor de kosten van de gemiddelde nominale premie en het gemiddeld betaalde verplicht eigen risico. De IAB en de zorgtoeslag zijn afhankelijk van de hoogte van het inkomen en zorgen dus voor inkomenssolidariteit. Verder zorgen alle genoemde financieringsbronnen voor risicosolidariteit, omdat ze niet afhangen van de hoeveelheid zorg die iemand gebruikt. Eigen bijdragen, zoals het verplicht eigen risico, zijn de uitzondering hierop.

Het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico in de Zvw heeft twee hoofddoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en kostenbewustzijn creëren.

Het eerste doel van het eigen risico is medefinanciering. Dit houdt in dat mensen die gebruik maken van zorg zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten betalen via het verplicht eigen risico. Deze medefinanciering zorgt ervoor dat er voor iedereen een lagere nominale premie kan worden gevraagd. Het tweede doel is het creëren van kostenbewustzijn. Hiermee wordt bedoeld dat verzekerden zich door het eigen risico beter bewust worden van de kosten van zorg. Het eigen risico 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 leidt ertoe dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken, wat leidt tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies. De mate waarin mensen ten gevolge van het eigen risico minder zorg gebruiken, wordt het 'remgeldeffect' genoemd. Gezondheidseconomen noemen vaak nog het 'solidariteitsventiel' als derde doel. Hiermee wordt bedoeld dat het eigen risico ervoor zorgt dat gezonde verzekerden – die zelf weinig zorg gebruiken – bereid blijven om via hun premie mee te betalen aan de zorg van anderen. Door een eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen. Hierdoor blijft het maatschappelijke draagvlak voor solidariteit in het zorgstelsel in stand. Het eigen risico fungeert zo als een "ventiel" dat de druk op de 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.

Zoals eerder genoemd, kent de Zvw een hoge risicosolidariteit. Via eigen bijdragen wordt een deel van de kosten direct bij gebruikers van zorg gelegd, waardoor draagvlak behouden kan worden voor de

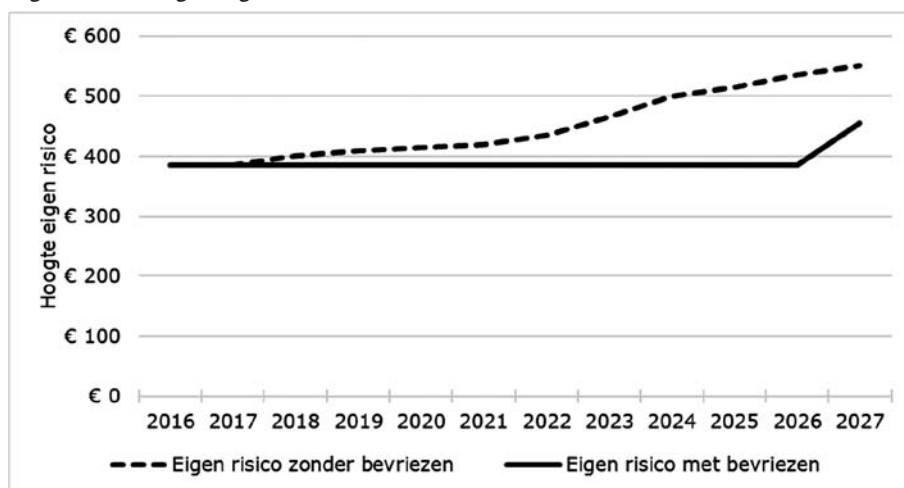
³ Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

⁴ Het gros van de zorguitgaven wordt gefinancierd uit de IAB en de nominale premie.

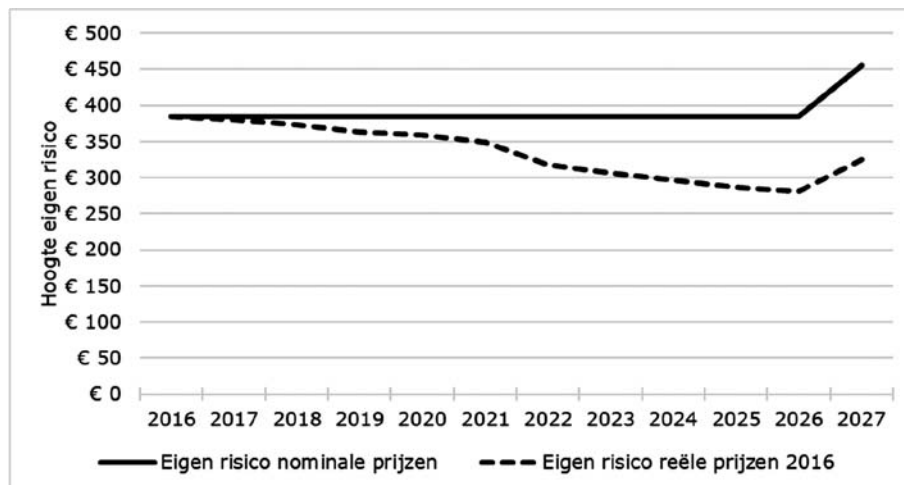
hoge risicosolidariteit. Ongeveer de helft van de verzekerden maakt het verplicht eigen risico vol, terwijl de andere helft minder of geen zorgkosten maakt.

Hoewel het uitgangspunt van het verplicht eigen risico is dat het meestijgt met de zorgkosten, is deze indexering van 2018 tot en met 2026 telkens afgewend door politieke besluiten om de hoogte van het verplicht eigen risico te bevroren⁵. De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt daarom al sinds 2016 € 385. Figuur 1 toont de hoogte van het verplicht eigen risico als dit sinds 2018 doorlopend zou zijn geïndexeerd conform artikel 19 van de Zvw. Het verplicht eigen risico in 2026 zou dan naar schatting zijn uitgekomen op € 535. In dat geval zouden zorgverzekeraars de nominale premie voor 2026 naar verwachting circa € 100 lager hebben kunnen vaststellen. Door inflatie is de reële waarde van het verplicht eigen risico over tijd ook afgenomen. Figuur 2 toont hoeveel het verplicht eigen risico waard is in prijzen 2016. De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 281. De reële waarde is daarmee met 27% afgenomen.

Figuur 1 – Hoogte eigen risico met en zonder bevroren sinds 2018



Figuur 2 – Hoogte eigen risico in nominale prijzen en reële prijzen 2016



Doordat het nominale eigen risico al een decennium niet stijgt, zijn de beoogde effecten van het eigen risico, geleidelijk, maar structureel, afgenomen. Het bedrag dat verzekerden voor de zorg aan hun zorgverzekeraars betalen verschuift verhoudingsgewijs van het eigen risico naar de nominale premie (minder medefinanciering door verzekerden die zorg nodig hebben), aangezien het eigen risico en de nominale premie communicerende vaten zijn. Tevens zijn de zorguitgaven door het afgenomen kostenbewustzijn toegenomen.

⁵ Stb. 2017, 356, 2018, 337, Stb. 2021, 458, Stb. 2022, 327, en Stb. 2025, 150. In 2017 was de ontwikkeling van de zorguitgaven zodanig, dat het eigen risico niet geïndexeerd werd.

3. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven

a. Doelstelling en inhoud maatregel

De Nederlandse gezondheidszorg staat voor aanzienlijke uitdagingen door toenemende zorguitgaven enerzijds en toenemende personeelstekorten anderzijds. Zo bedragen de collectieve zorguitgaven relatief een steeds groter deel van het bruto binnenlands product (bbp). In 2025 bedroegen de zorguitgaven naar verwachting 9,5% van het bbp, en dit neemt naar verwachting toe tot 16,6% van het bbp in 2060.⁶ Tegelijkertijd is er sprake van grote personeelstekorten in de zorg. In 2035 wordt een tekort geraamd van bijna 301 duizend personen⁷. De houdbaarheid en toegankelijkheid van de zorg staan daardoor onder druk.

Het verplicht eigen risico draagt bij aan het houdbaar, maar ook het solidair houden van de zorguitgaven. Solidariteit in het zorgstelsel betekent dat we zorg gezamenlijk financieren en dat vraagt ook een bijdrage van zorggebruikers. Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de zorgkostenontwikkeling, waardoor de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers evenals het reële remgeldeffect structureel zijn afgenomen.

Dit kabinet kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren. Hierdoor beweegt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven onder de Zvw. De hoogte van de indexatie kan nog (beperkt) wijzigen tot de vaststelling van de Ontwerpbegroting 2027. Daarnaast kiest het kabinet voor een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, waardoor het verplicht eigen risico in 2027 naar huidige inzichten uitkomt op € 455. De verhoging van het verplicht eigen risico met € 60 leidt volgens dit kabinet tot een betere balans tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. Door een hoger verplicht eigen risico is er meer medefinanciering en, doordat het 'remgeldeffect' toeneemt, daalt de zorgvraag. Ook zorgt de verhoging ervoor dat de zorg die wordt afgenomen vaker 'passende zorg' is. Immers, door verzekerden een financiële bijdrage te laten betalen, worden zij gestimuleerd om bewuster na te denken of een behandeling noodzakelijk en op dat moment passend is.

Tegelijkertijd zorgt dit kabinet ervoor dat mensen die medisch-specialistische zorg nodig hebben niet in één keer het hele eigen risico kwijt zijn door te trancheren tot maximaal € 150 per behandelprestatie. Een deel van de verzekerden zal daardoor minder eigen risico gaan betalen, bijvoorbeeld omdat zij in een jaar slechts één behandelprestatie aan medisch-specialistische zorg afnemen en in dat jaar weinig andere zorg nodig hebben. Hierdoor zal ook 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 hij bij tranchering bij elke volgende behandeling (totdat het verwachte maximum eigen risico van € 455 is bereikt) opnieuw geconfronteerd met een (lager) eigen risico.

b. Toegangsdrempels tot de zorg

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven, is het doel van het verhogen van het eigen risico onder meer om verzekerden te stimuleren bewuster na te denken of het gebruik van zorg op een bepaald moment noodzakelijk is. Verwacht wordt dat dit het gebruik van zorg zal afremmen. Voor de verhoging van het eigen risico met € 60 is rekening gehouden met een remgeldeffect van € 0,6 miljard per jaar. Dit 'remgeldeffect' is gewenst wanneer verzekerden afzien van zorg die weinig of geen medische meerwaarde heeft, zoals onnodige vervolgcconsulten of onnodige diagnostiek. Hetzelfde mechanisme dat onnodige zorg remt, kan echter ook een drempel opwerpen voor medisch noodzakelijke zorg. Uit onderzoek blijkt dat eigen betalingen kunnen leiden tot zowel gewenste – als ongewenste zorgmijding⁸.

Zorgmijding vanwege financiële redenen kent een dalende trend. Waar in 2016 nog circa 16% van de bevolking aangaf om financiële redenen (niet alleen het eigen risico) af te zien van zorg, is dit vanaf 2016 gedaald tot 6% in 2025⁹. 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 zorg¹⁰. 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

⁶ CPB (2025), De Nederlandse overheidsschuld op lange termijn, Den Haag

⁷ www.prognosemodelzw.nl

⁸ Z.C. Brot-Goldberg, A. Chandra, B.R. Handel en J.T. Kolstad (2017). What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics. The Quarterly Journal of Economics, 132 (3), 1261–1318.

⁹ In 2025 heeft 6% van de burgers afgezien van zorg vanwege kosten | Nivel

¹⁰ Rapport 'Kennismvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen', Nivel, 2024.

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.

Om meer inzicht te krijgen in zorgmijding doet het Centraal Planbureau (CPB) 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 zal meer inzicht geven in zorgmijding.

Het eigen risico zorgt voor medefinanciering en kostenbewustzijn: het draagt bij aan lagere premies en remt onnodige zorgvraag. Maar die werking staat of valt bij goed flankerend beleid – zonder gerichte compensatie via zorgtoeslag, gemeentelijke regelingen en gespreide betaling ervaren kwetsbare groepen het eigen risico niet als prikkel, maar als barrière die hen van noodzakelijke zorg afhoudt. Juist voor hen is het essentieel dat de drempel per behandeling beheersbaar blijft, zodat kostenbewustzijn niet omslaat in ongewenste zorgmijding. In de paragrafen 3c tot en met 3e wordt hier nader op in gegaan.

Tot slot wordt opgemerkt dat mensen ook om andere dan enkel financiële redenen, drempels kunnen ervaren bij de toegang tot zorg en daarom zorg kunnen mijden. Naast financiële factoren spelen onder meer de verwachting dat klachten vanzelf overgaan, angst voor een ingreep of slecht nieuws, teleurstelling in eerdere hulpverlening en lange wachttijden een rol. Zorgmijding is een verschijnsel, waarbij financiële, organisatorische en sociaal-culturele factoren elkaar versterken¹¹.

c. Alternatieven

Dit kabinet is zich er bewust van dat het verplicht eigen risico ook een keerzijde heeft. Zoals in paragraaf 3b al is aangegeven, kan hetzelfde mechanisme dat onnodige zorg remt, ook een drempel opwerpen voor medisch noodzakelijke zorg. Met name bij mensen met lage inkomens en chronisch zieken en gehandicapten. Om die reden heeft het kabinet een gerichtere inzet van het verplicht eigen risico overwogen, waaronder een gerichte verlaging van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten, en een inkomensafhankelijk eigen risico.

Het kabinet acht een gerichtere inzet van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten niet goed uitvoerbaar, omdat er geen eenduidige definitie van chronisch zieken en gehandicapten is. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel waarmee de compensatie voor het verplicht eigen risico (CER) en de tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten zijn afgeschaft, is hier nader op ingegaan.¹² Hier is toegelicht dat het in de wet nauwkeurig omschrijven wie chronisch ziek of gehandicapt is, al ten tijde van de totstandkoming van de CER en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) een niet haalbare opgave was, omdat er geen eenduidige definitie van deze groep te geven is. Ook ontbrak het aan een registratie van personen die chronisch ziek of gehandicapt zijn, op basis waarvan de tegemoetkoming zou kunnen worden toegekend. Bij de totstandkoming van de Wtcg is 'bij gebreke aan een beter alternatief' het zorggebruik in het kader van de Zvw en de zorgaanvraag van mensen op grond van de (toenmalige) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) alsmede de (toenmalige) Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) genomen als indicator om vast te stellen wie een chronische aandoening heeft die tot meerkosten leidt en daarmee recht heeft op een tegemoetkoming en wat de hoogte daarvan moet zijn. Dit leidde er regelmatig toe dat mensen met aanzienlijke meerkosten vanwege een chronische ziekte of handicap, toch niet in aanmerking kwamen voor een tegemoetkoming. De problemen waar dit toe leidde, hebben ertoe geleid dat de Wtcg en de CER zijn afgeschaft. Nu niet eenduidig vastgesteld kan worden wie chronisch ziek of gehandicapt is, is het ook niet mogelijk om (op rechtvaardige en uitvoerbare wijze) te regelen dat voor deze specifieke groep mensen een lager eigen risico zal gelden.

Een ander alternatief dat is overwogen is een inkomensafhankelijk eigen risico. Een inkomensafhankelijk eigen risico is echter niet wenselijk, omdat dit grote juridische en uitvoeringstechnische risico's (en lasten) kent. De complexiteit en uitvoeringskosten zouden met deze variant significant toenemen, en om te voorkomen dat zorgverzekeraars over de inkomensgegevens van hun verzekerden zouden komen te beschikken, zou de uitvoering via een derde partij moeten lopen.¹³ Ook zou rekening moeten worden gehouden met wisselende inkomens, en bezwaar en beroep van verzekerden die het niet eens

¹¹ Van Esch, T.E.M., Brabers, A.E.M., Van Dijk, C., Groenewegen, P.P., & De Jong, J.D. (2015). *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL. nivel.nl

¹² Kamerstukken II 2012/13, 33 726, nr. 3.

¹³ Dit kan overigens ook aangewezen zijn om te voorkomen dat de zorgverzekeraars zelfstandig bestuursorgaan zouden worden.



zijn met de risicoklasse waarin zij op basis van hun inkomen inzitten.

Samengevat: alternatieve maatregelen die aangrijpen op het verplicht eigen risico zelf, stuiten op belemmeringen met betrekking tot complexiteit en uitvoerbaarheid. Gegeven de complexiteit en de uitvoeringslasten van gerichtere alternatieven, kiest het kabinet ervoor om voor iedereen het verplicht eigen risico te verhogen en waar mogelijk kwetsbare groepen gerichte financiële ondersteuning te bieden.

Bij het inzetten van dit instrument wordt opgemerkt dat in internationaal perspectief de eigen bijdragen in Nederland behoren tot één van de laagste van Europa. De totale eigen bijdragen als bedoeld in de Zvw, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz) als aandeel van de zorgkosten lag in Nederland in 2023 op 12%, terwijl de EU- en OESO-gemiddeldes respectievelijk 20% en 19% bedroegen.

d. (Gerichte) ondersteuning

Aan financieel kwetsbare mensen en chronisch zieken en gehandicapten voor wie het eigen risico een te grote drempel kan zijn, wordt op verschillende wijzen financiële ondersteuning geboden.

Bijvoorbeeld de zorgtoeslag die huishoudens met lage en lage middeninkomens ontvangen. De zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie en volgt de ontwikkeling van de nominale premie en het gemiddelde eigen risico. De financiële effecten hiervan worden uitgelegd in hoofdstuk 4.

Op decentraal niveau beschikken gemeenten over de instrumenten en financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld op grond van de Wmo 2015 bij verordening bepalen dat het college aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen (die daarmee verband houdende aannemelijke meerkosten hebben) een tegemoetkoming verstrekt ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie. Ook kunnen gemeenten via de gemeentepolis financieel kwetsbare inwoners helpen. De gemeentepolis is een gemeentelijke collectieve zorgverzekering voor minima bestaande uit een zorgverzekering en een aanvullende ziektekostenverzekering met verschillende betaalbare pakketten waar de minima uit kunnen kiezen. Door een premiebijdrage van de gemeente is deze polis goedkoper dan een reguliere vergelijkbare verzekering. Een deel van de gemeentepolissen heeft een herverzekering van het eigen risico of een 'restitutie-variant'¹⁴, waardoor veel deelnemers van deze gemeentepolissen niet worden geconfronteerd met het eigen risico. De gemeentepolis wordt aangeboden door circa 95% van de gemeenten en heeft circa 635.000 deelnemers¹⁵. Over gemeentelijke regelingen heeft dit kabinet in het coalitieakkoord afgesproken om – niet specifiek in relatie tot het eigen risico – te willen werken aan een betere en gelijkgerichtere inzet van gemeentelijke regelingen¹⁶.

Verder is het kabinet 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.¹⁷

Het kabinet heeft daarnaast middelen vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning, via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken van € 350 miljoen¹⁸. De middelen uit deze enveloppe zijn vanaf 2027 beschikbaar. Voor het zomerreces van 2026 van het parlement zullen de inhoudelijke resultaten volgend uit de analyse aan het parlement worden aangeboden. Vervolgens zal het kabinet een integrale weging maken hoe de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken het beste ingezet kan worden. Hierin neemt het kabinet mee hoe dit zich verhoudt tot maatregelen die aangrijpen op de zorgkosten van mensen. Deze weging vindt uiterlijk in augustus 2026 plaats, waarna het kabinet het parlement zal informeren.

e. Tranchering van het verplicht eigen risico voor medisch specialistische zorg

Dit kabinet wil de toegankelijkheid van de zorg vergroten door tranchering van het verplicht eigen risico op € 150 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Het in één keer 'volmaken' van het gehele verplicht eigen risico kan als een (te) hoge drempel worden ervaren en er in sommige gevallen toe leiden dat mensen (tijdelijk) afzien van zorg die zij wel al nodig hebben. Dit kan later tot

¹⁴ Verzekerden betalen bij een 'restitutie-variant' maandelijks eigen risico en krijgen dit aan het einde van het jaar terug als zij geen eigen risico hebben gebruikt.

¹⁵ www.gezondverzekerd.nl

¹⁶ Coalitieakkoord Aan de slag Bouwen aan een beter Nederland Coalitieakkoord 2026–2030, pagina 51

¹⁷ Zie ook de op 8 april 2026 aan de Tweede Kamer gezonden Procesbrief uitvoering motie Stoffer c.s. en Lahlah c.s.

¹⁸ Maatregel 33 uit de financiële bijlage bij het Coalitieakkoord Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland Coalitieakkoord 2026–2030.

meer en duurdere zorg leiden. Door het verplicht eigen risico te trancheren wordt het verplicht eigen risico slimmer vormgegeven. Vanaf 2028 geldt een maximumbedrag van € 150 per behandelprestatie voor medisch specialistische zorg. 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 volgemaakt, kan het eigen risico ook vaker later in het jaar nog worden aangesproken. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel *verlaagd* als *verlengd*. Veel verzekerden gaan hierdoor minder eigen risico betalen vergeleken met de situatie waarin er geen tranchering zou zijn. De tranchering van het verplicht eigen risico in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg zal door middel van een wijziging van het Besluit zorgverzekering worden geregeld. Vanwege de impact die de tranchering van het eigen risico heeft op onder andere de administratiesystematiek en ICT van zorgverzekeraars is de tranchering van het eigen risico per 2027 niet mogelijk. Daarom zal deze tranchering ingaan op de eerste datum waarop zij wél uitvoerbaar is, te weten 1 januari 2028.

4. Gevolgen voor verzekerden

Het verplicht eigen risico stijgt de komende jaren. Het kabinet Jetten is voornemens de hoogte van het verplicht eigen risico de komende jaren weer te laten meegroeien met de ontwikkeling van de zorguitgaven. Bovendien wordt het per 2027 verhoogd met € 60. Onderstaande toelichting beschrijft in eerste instantie enkel de financiële effecten van de verhoging van het verplicht eigen risico (de directe gevolgen van dit wetsvoorstel). Daarnaast zullen ook de totale financiële effecten in 2027 van zowel de indexatie als verhoging van het verplicht eigen risico worden beschreven. Hierbij wordt opgemerkt dat uit wordt gegaan van een verwachting ten aanzien van de indexatie van het eigen risico. De werkelijke indexatie (die nog beperkt kan wijzigen) wordt vastgesteld o.b.v. de verwachte zorguitgaven 2027 die worden vastgesteld bij Ontwerpbegroting 2027.

De financiële effecten voor burgers in 2027 van de verhoging van het verplicht eigen risico met € 60 bestaan uit de volgende effecten:¹⁹

- Verplicht eigen risico:
 - Door de verhoging van het verplicht eigen risico gaan verzekerden naar verwachting tezamen € 437 miljoen meer betalen aan het verplicht eigen risico in 2027. Het gemiddeld betaalde verplicht eigen risico, dat wordt berekend over alle volwassen verzekerden, stijgt hierdoor in 2027 met € 30 per verzekerde.
- Nominale premie:
 - Door de hogere opbrengsten uit het verplicht eigen risico zullen zorgverzekeraars de nominale premie lager kunnen vaststellen dan in de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou worden verhoogd. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een hoger verplicht eigen risico staat een lagere nominale premie.
 - De verhoging van het verplicht eigen risico leidt naar verwachting tot minder zorggebruik. Dit effect is naar huidige inzichten geraamd op € 613 miljoen in 2027. Hieronder ligt de veronderstelling dat de financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik groter is in vergelijking met de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou zijn verhoogd. Oftewel, het remmende effect dat het eigen risico naar verwachting heeft op het zorggebruik, neemt toe. De zorguitgaven worden voor de helft gefinancierd via de IAB²⁰ en voor de andere helft via de nominale premie, eigen bijdragen waaronder het verplicht eigen risico, en een rijksbijdrage voor jongeren. De lagere zorguitgaven worden daarom opgevangen door een lagere IAB, een verlaging van de nominale premie door zorgverzekeraars, en een lagere rijksbijdrage voor jongeren.
 - Gegeven de bovenstaande verwachtingen is er € 713 miljoen minder opbrengst uit nominale premie nodig dan zonder dit wetsvoorstel. Dat komt overeen met € 48 minder nominale premie per persoon in 2027.
- Zorgtoeslag:
 - Als tegemoetkoming in de nominale premie en het verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie. De standaardpremie is gedefinieerd als de geraamde gemiddelde nominale premie, plus het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt.
 - Zoals hierboven beschreven zal een verzekerde per jaar gemiddeld € 48 minder nominale

¹⁹ Naast de effecten voor burgers dalen ook de lasten voor werkgevers via een daling van de IAB. De IAB-daling bedraagt naar verwachting 0,05 procentpunt in 2027. Zelfstandigen en gepensioneerden dragen de IAB zelf.

²⁰ Inclusief de afdracht door de Sociale Verzekeringsbank van het verschil tussen het hoge en lage IAB-tarief over de AOW-uitkeringen.

premie betalen en gemiddeld € 30 meer verplicht eigen risico. Het netto-effect leidt tot een lagere standaardpremie en daarmee € 19 minder zorgtoeslag.

Mutaties verplicht eigen risico, nominale premie en zorgtoeslag 2027

	Mutatie door verhoging € 60
Maximaal verplicht eigen risico	€ 60
Gemiddeld verplicht eigen risico	€ 30
Nominale premie	- € 48
Zorgtoeslag	- € 19

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de op dit moment geraamde financiële effecten per type verzekerde. Hierin wordt uitgegaan van de situatie in 2027 exclusief indexering. De uiteindelijke gerealiseerde effecten kunnen afwijken van de raming.

Financiële gevolgen burgers van verhogen verplicht eigen risico in 2027 (+ = positief financieel effect)¹

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag ²	- € 60	€ 48	- € 19	- € 30
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag ³	- € 60	€ 48	€ 0	- € 12
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag ⁴	€ 0	€ 48	- € 19	€ 30
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag ⁵	€ 0	€ 48	€ 0	€ 48

¹ Deze tabel bevat enkel de effecten van de verhoging van € 60 van het verplicht eigen risico en bevat daarmee niet de effecten van indexatie of tranchering (per 2028).

² Dit betreft verzekerden die in 2027 ten minste € 455 aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

³ Dit betreft verzekerden die in 2027 ten minste € 455 aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

⁴ Dit betreft verzekerden die in 2027 € 395 of minder aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

⁵ Dit betreft verzekerden die in 2027 € 395 of minder aan zorgkosten hebben die relevant zijn voor het eigen risico.

Uit de tabel blijkt dat verzekerden die het verplicht eigen risico niet volmaken het meeste profijt hebben bij 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 volmaken, gaan er financieel op achteruit. Deze groep omvat naar verwachting 7,3 miljoen mensen.

Zoals eerder beschreven zal het verplicht eigen risico – naast de verhoging van € 60 in 2027 – de komende jaren ook weer meestijgen met de ontwikkeling van de zorguitgaven. Naar huidige inzichten stijgt het verplicht eigen risico hierdoor van € 385 in 2026 naar € 455 in 2027. Dit betekent dat het verplicht eigen risico in totaal met € 70 stijgt.²¹ Hierdoor stijgt het gemiddeld eigen risico met € 35, en dalen de nominale premie en zorgtoeslag met respectievelijk € 57 en € 22.

Mutaties verplicht eigen risico, nominale premie en zorgtoeslag 2027

	Mutatie door verhoging € 60	Mutatie door indexatie	Totale mutatie
Maximaal verplicht eigen risico	€ 60	€ 10	€ 70
Gemiddeld verplicht eigen risico	€ 30	€ 5	€ 35
Nominale premie	- € 48	- € 8	- € 57
Zorgtoeslag	- € 19	- € 3	- € 22

De raming van het eigen risico, de nominale premie en de daaraan gekoppelde ontwikkeling van de zorgtoeslag worden doorlopend geactualiseerd. Dit gebeurt op basis van de meest recente inzichten over de ontwikkeling van de zorgkosten. De effecten van deze aanpassingen worden jaarlijks meegewogen in de besluitvorming over het koopkrachtbeeld in aanloop naar Prinsjesdag. Uiteindelijk stellen zorgverzekeraars jaarlijks de definitieve premie voor de zorgverzekering vast in november.

²¹ De vast te stellen hoogte van de indexatie van het eigen risico 2027 wordt vastgesteld op basis van de ontwikkeling van de zorguitgaven in de ontwerpbegroting 2027.



5. Europese Aspecten

Richtlijn Solvabiliteit II

Omdat Nederland een privaat zorgverzekeringsstelsel heeft, is de EU-richtlijn Solvabiliteit II²² van toepassing. Uitgangspunt van deze richtlijn is dat privaatrechtelijke schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid wordt gelaten bij het inrichten van hun verzekeringspolissen. Zoals in hoofdstuk 2 van deze toelichting al is aangegeven, is de financiering van zorg en ondersteuning in Nederland in hoge mate gebaseerd op solidariteit. Het gaat hierbij om solidariteit tussen mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen (risicosolidariteit) en solidariteit tussen mensen met een lager en een hoger inkomen (inkomenssolidariteit). Deze solidariteit, mede vormgegeven door het verplicht eigen risico, is een belangrijk element in het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel en vormt aanleiding voor een aantal gerechtvaardigde beperkingen van de vrijheid van zorgverzekeraars. Voorliggende beperking verandert niet indien – zoals met dit wetsvoorstel wordt voorgesteld – het bedrag aan verplicht eigen risico wordt gewijzigd. Derhalve komt de voorgestelde verlaging niet in strijd met de richtlijn Solvabiliteit II.

6. Uitvoering en regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico in 2027 verhoogd. 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. Burgers moeten eenmalig kennisnemen van het hogere eigen risico en kijken of deze verhoging iets betekent voor hun situatie. Het is mogelijk dat zij meer eigen risico kwijt zijn voor zorg, een lagere zorgtoeslag ontvangen of een lagere zorgpremie betalen.

Het is goed om op te merken dat burgers geen actie hoeven te ondernemen. Registratie en declaratie van zorg en de verrekening van het eigen risico worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan. Voor gebruikers van de zorgtoeslag zal de hoogte ook automatisch worden aangepast.

De regeldrukkosten voor burgers worden ingeschat op € 8,2 miljoen. Deze kosten zijn echter eenmalig: burgers nemen eenmalig kennis van de wijziging van het eigen risico. Bij de berekening is uitgegaan van 14,5 mln volwassen verzekerden die twee minuten nodig hebben om kennis te nemen van de nieuwe hoogte van het verplicht eigen risico tegen een uurtarief van € 17. Voor het berekenen van de gevolgen van de toegenomen regeldruk is aangesloten bij het 'Handboek meting regeldrukkosten' uit 2023 van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat.

Het verhogen van het verplicht eigen risico heeft zeer beperkte impact op de regeldruk voor zorgverzekeraars. Deze conclusie is voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zij kon zich hierin vinden.

De regeldrukkosten voor zorgaanbieders worden ingeschat op nihil. Dit zijn enkel de regeldrukkosten voor de verhoging van het verplicht eigen risico.

7. Budgettaire gevolgen

Voor het wetsvoorstel zijn inschattingen gemaakt van de te verwachten macro budgettaire gevolgen van het verhogen van het verplicht eigen risico met € 60 per 2027. Hierin is vanaf 2028 ook een interactie-effect met de tranchering van het verplicht eigen risico opgenomen. Voor de budgettaire gevolgen van tranchering verwijs ik naar hetgeen daarover is opgenomen in de nota van toelichting bij de amvb waarmee per 2028 het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg wordt getrancheerd.

Het budgettaire effect onder het uitgavenkader bestaat uit twee delen: de te verwachte hogere opbrengsten van het verplicht eigen risico, omdat verzekerden meer verplicht eigen risico gaan betalen, en een inschatting van de lagere zorgkosten door het hogere kostenbewustzijn (het remgeld-effect). De budgettaire effecten onder het inkomstenkader bestaan uit de verwachte daling van de nominale premie, de IAB en de zorgtoeslag.

²² Richtlijn 2009/138/EG, Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009 L 335).

Budgettaire mutaties in het uitgaven- en inkomstenkader (in miljoenen euro's)

	2027	2028	2029	2030
Opbrengst eigen risico (- is hogere opbrengst)	-437	-406	-410	-413
Collectieve uitgaven (remgeldeffect)	-613	-613	-613	-613
Effect uitgavenkader (- is lagere netto uitgaven)	-1.050	-1.019	-1.023	-1.026
Nominale premie	-713	-683	-687	-690
IAB	-302	-314	-326	-338
Zorgtoeslag	-103	-98	-98	-99
Effect inkomstenkader (- is lastenverlichting)	-912	-898	-915	-929

a. Hogere opbrengsten van het verplicht eigen risico

Door het verhogen van het verplicht eigen risico zullen verzekerden gemiddeld meer eigen risico betalen, wat leidt tot hogere opbrengsten. Naar verwachting neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico toe met € 437 miljoen in 2027. Per 2028 wordt het verplicht eigen risico ook getrancheerd waardoor verzekerden gemiddeld minder eigen risico gaan betalen. De stijging van de opbrengst van het verplicht eigen risico door verhoging met € 60 is daarom vanaf 2028 circa € 30 miljoen lager.

b. Daling van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)

In de raming van de effecten wordt ervan uitgegaan dat de verhoging van het verplicht eigen risico naar verwachting leidt tot minder zorggebruik en diensgevolge tot een groter remgeldeffect. In 2027 wordt rekening gehouden met € 613 miljoen lagere zorguitgaven wegens de verhoging van het remgeldeffect.

De verwachting dat een hoger eigen risico een grotere financiële prikkel vormt voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is gebaseerd op algemene inzichten uit de economische wetenschap dat mensen meer geremd worden in hun consumptie naarmate ze er zelf meer voor moeten betalen. De budgettaire effecten van verschillende vormen van eigen betalingen zijn in 2020 onderzocht en beschreven door het Centraal Planbureau.²³ Op basis van die inzichten is een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van dit wetsvoorstel.

c. Effecten inkomstenkader

De hogere opbrengst van het verplicht eigen risico leidt tot een lagere nominale premie. De lagere zorguitgaven ten gevolge van het hogere remgeldeffect leiden in het inkomstenkader tot een lagere nominale premie en een lagere IAB. Binnen het inkomstenkader leidt dit tot minder opbrengsten uit de nominale premie (- € 713 miljoen in 2027) en de IAB (- € 302 miljoen in 2027). Dit is een lastenverlichting (- € 1.015 miljoen in 2027). De automatische daling van de zorgtoeslag (- € 103 miljoen in 2027), zorgt voor een automatische lastenverzwaring. Na de daling van de zorgtoeslag blijft per saldo een lastenverlichting over van € 912 miljoen in 2027.

8. Advies en consultatie

a. Internetconsultatie

Van 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025 stond het wetsvoorstel verlaging eigen risico open voor internetconsultatie.²⁴ Er zijn 35 reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen. De 'tranchering van het verplicht eigen risico in de medische-specialistische zorg per 2027' met tranches van € 50 stond apart open voor (internet)consultatie van eveneens 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025.

Er is voor gekozen om het wetsvoorstel 'verhoging eigen risico' en het besluit 'tranchering eigen risico' (met tranches van € 150) niet (opnieuw) open te stellen voor internetconsultatie. Uit de reacties is duidelijk geworden dat er voor- en tegenstanders zijn van een hoger of lager eigen risico en dat hiervoor verschillende argumenten zijn aangedragen. Om die reden is ervoor gekozen om de reacties op het wetsvoorstel 'verlaging eigen risico' hieronder samen te vatten. Er zijn reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen.

²³ 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.

²⁴ Zie https://www.internetconsultatie.nl/eigenrisico_165euro/b1.

Samenvatting reacties van burgers

In veel reacties worden zorgen geuit over de gevolgen van het eigen risico voor de toegankelijkheid van de zorg. Veel mensen vrezen dat een hoger eigen risico ertoe zou leiden dat verzekerden noodzakelijke zorg uitstellen of hiervan afzien. Er wordt gewezen op het feit dat de zorgtoeslag niet iedereen compenseert en dat mensen met een chronische aandoening of regelmatig zorggebruik onevenredig hard worden geraakt. Er zijn ook andere geluiden. Er zijn ook burgers die juist een verhoging zouden steunen en erop wijzen dat een hoger eigen risico leidt tot een lagere zorgpremie, dat gezonde mensen al veel meebetalen aan zorg die zij niet gebruiken, en dat het eigen risico een prikkel biedt om bewuster met zorg om te gaan.

Samenvatting reacties van zorgverzekeraars

ZN wijst op het belang de zorgvraag beheersbaar te houden, maar wijst erop dat het eigen risico niet het enige instrument is om dit te bereiken. Het is volgens ZN onduidelijk in welke mate de maatregel leidt tot het afzien van noodzakelijke dan wel minder noodzakelijke zorg. ZN is van mening dat het probleem van zorgmijding vaak breder is en een inkomensvraagstuk betreft en pleit daarom voor gerichte inkomensondersteuning om te voorkomen dat kwetsbare groepen noodzakelijke zorg mijden. ZN verwelkomt ten algemene het remmende effect van het eigen risico op de zorgpremie en het positieve effect op de verkorting van wachttijden.

Samenvatting reacties van zorgaanbieders

De Nederlandse GGZ waarschuwt dat een hoger eigen risico kan leiden tot uitgestelde zorg die later in zwaardere vorm alsnog het zorgsysteem binnenkomt, en dat dit de druk op de geestelijke gezondheidszorg op termijn juist kan vergroten. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) maakt zich zorgen over de gevolgen van uitgestelde zorg en vreest dat patiënten zich in een later en ernstiger stadium zullen melden, wat leidt tot complexere en duurdere behandelingen. De NVZ vraagt om duidelijkheid over de gevolgen voor de financiële kaders en de inkoopafspraken met verzekeraars. De NVZ wijst erop dat een daling van de instroom gevolgen kan hebben voor ziekenhuizen die hun capaciteit al hebben ingericht op het huidige volume.

Samenvatting reacties van belangenverenigingen voor patiënten

Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Diabetesvereniging Nederland en MIND zijn voorstanders van een verlaging van het verplicht eigen risico. Ze benadrukken dat mensen met een chronische aandoening onevenredig worden getroffen door het eigen risico en wijzen op de stapeling van zorgkosten voor chronisch zieken (eigen risico, eigen bijdragen, niet-vergoede zorg). Er zijn ook verschillen. Ieder(in) en Diabetesvereniging Nederland pleiten voor volledige afschaffing van het eigen risico voor chronisch zieken, terwijl MIND en Patiëntenfederatie Nederland meer inzetten op gerichte compensatie.

Reactie op de ontvangen opmerkingen

Er wordt wisselend positief en negatief gereageerd op de verlaging van het verplicht eigen risico en daarmee kan gezegd worden dat dit ook geldt bij een verhoging van het verplicht eigen risico.

Sommige burgers en partijen verwelkomen juist een hoger verplicht eigen risico (nu dit al sinds 2016 € 385 bedraagt) vanwege de lagere nominale premie en de lagere inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) die daar het gevolg van is. Burgers en bedrijven worden voor het hogere eigen risico gecompenseerd via een daling van de zorgpremie, en lage inkomens worden aanvullend ondersteund via de zorgtoeslag²⁵ en gemeentelijke regelingen.

Opvallend is dat burgers en eerdergenoemde organisaties verschillend denken over de mate waarin de te verwachten lagere zorgvraag als gevolg van het verhogen van het eigen risico noodzakelijke zorg betreft. Dit is begrijpelijk, omdat, op basis van de beschikbare wetenschappelijke studies, het niet exact duidelijk is in welke mate de te verwachten daling van het zorggebruik noodzakelijke of minder noodzakelijke zorg betreft. Het is daarom ook niet mogelijk om exact de gezondheidswaarde van zowel een verlaging als een verhoging te bepalen. Wel is duidelijk dat mensen met onder andere een slechtere financiële situatie vaker afzien van zorg of deze uitstellen, en daarmee logischerwijs ook

²⁵ Doordat de nominale premie ten gevolge van de verhoging van het eigen risico meer zal dalen dan het gemiddelde zorggebruik zal stijgen, zal de zorgtoeslag dalen. Dat laat echter onverlet dat de zorgtoeslag gedeeltelijke compensatie biedt voor het (gemiddeld gebruikte) eigen risico en voor de nominale premie. De mate van compensatie stijgt naarmate het inkomen van de toeslaggerechtigde daalt.

medisch noodzakelijke zorg. Deze financiële drempel wordt voor een groot deel al opgevangen door gerichte financiële ondersteuning met zorgtoeslag. Daarnaast kunnen minima gebruik maken van de gemeentelijke regelingen die in paragraaf 3d van deze toelichting worden beschreven. Voorts kiest dit kabinet ervoor om naast de verhoging van het verplicht eigen risico, het verplicht eigen risico te trancheren voor de medisch specialistische zorg, waardoor het verplicht eigen risico slimmer wordt ingezet. Door de tranchering wordt voor veel verzekerden de drempel tot medisch specialistische zorg verlaagd.

b. Oordeel Adviescollege toetsing regeldruk

Op 1 april 2026 zijn de *'Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen'* en de *'Wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico'* (verder: ontwerpbesluit tranchering eigen risico), aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd. Op 8 april 2026 heeft het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) zijn advies uitgebracht. Het ATR heeft getoetst of de regeldrukgevolgen van deze twee voorstellen goed in kaart waren gebracht. Getoetst is op nut en noodzaak, de mogelijkheid van minder belastende alternatieven, de werkbaarheid en de regeldrukberekening. Onder 'regeldruk' wordt verstaan de tijd, kosten en moeite die nodig zijn voor burgers, bedrijven en professionals om de verplichtingen uit wet- en regelgeving na te leven.

Het ATR heeft het volgende oordeel gegeven op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit: *Indienen / vaststellen nadat met de adviespunten rekening is gehouden*. Naar aanleiding van dit advies is op een aantal onderdelen voorliggende memorie van toelichting en de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico, aangepast of aangevuld.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht. Deze aanbeveling is overgenomen. In paragraaf 3b is aangegeven dat ongewenste zorgmijding specifiek als gevolg van het eigen risico lastig te meten is. 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. Het onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en medisch minder noodzakelijke zorg is zeer lastig te maken. Aan de toelichting is toegevoegd dat het CPB onderzoek doet 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 zal meer inzicht geven in zorgmijding.

Het college heeft geadviseerd om aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogenstoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn en om opgedane inzichten te gebruiken voor de gerichte informatievoorziening. Deze aanbeveling is overgenomen. De doenvermogenstoets wordt in het najaar uitgevoerd. De uitkomsten worden betrokken bij het vormgeven van de voorlichting. De uitkomsten worden opgenomen in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de voornemens van het kabinet (met name ten aanzien van de stapeling van maatregelen voor kwetsbaren groepen) te concretiseren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze kwetsbaren groepen (al in 2027) te realiseren. De gevolgen van de maatregelen van dit kabinet voor kwetsbare groepen, waaronder het verhogen en trancheren van het eigen risico, en de impact daarvan op verschillende soorten huishoudens, worden geanalyseerd. Mede op basis hiervan worden maatregelen bepaald om kwetsbare groepen te helpen. Het kabinet heeft structureel € 350 miljoen beschikbaar gesteld om chronisch zieken tegemoet te komen in hun zorgkosten. De uitkomsten van deze analyse en de wijze waarop het bedrag voor chronisch zieken wordt besteed kunnen niet meer worden meegenomen in de toelichtingen, maar maken wel onderdeel uit van het politiek debat.

Tot slot heeft het college geadviseerd om in de toelichting bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de regeldrukgevolgen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars nader te onderbouwen en volledig in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek. Deze aanbeveling is overgenomen. De berekeningen zijn opnieuw uitgevoerd en de regeldrukkosten zijn op basis van deze nieuwe berekeningen aangepast. De berekeningen zijn toegelicht in de paragraaf regeldruk.

9. Gevolgen voor Caribisch Nederland

Het verhogen van het verplicht eigen risico heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. De Zvw stelt regels over een verplichte (privaatrechtelijke) zorgverzekering voor mensen die, kortweg, in Nederland wonen of loonbelasting in Nederland betalen. De gevolgen van dit wetsvoorstel zijn daardoor beperkt tot het Europese deel van Nederland. Aanpassing van de wet- en regelgeving omtrent de ziektekosten in het Caribisch deel van Nederland is niet nodig omdat de collectieve zorgverzekering die in dit deel van Nederland geldt, geen verplicht eigen risico kent.

10. Inwerkingtreding en communicatie

De verhoging van het eigen risico zal ingaan op 1 januari 2027. De berekening van het eigen risico voor 2027 dient echter begin september 2026 plaats te vinden. Gebeurt dit later, dan zal het Zorginstituut de vereveningsbijdragen over het jaar 2027 niet tijdig aan de zorgverzekeraars kunnen toekennen, en zullen de zorgverzekeraars hun nominale premies niet tijdig bekend kunnen maken.

Een en ander betekent dat de parlementaire behandeling van voorliggend wetsvoorstel moet zijn afgerond voor de zomerrecessen van de Kamers, dat wil zeggen uiterlijk begin juli 2026. Daarvan uitgaande, zal de tekst van de wet in juli of augustus 2026 in het Staatsblad worden geplaatst, waarna de wet met ingang van 1 september in werking zal kunnen treden. Een en ander laat uiteraard onverlet dat het nieuwe eigen risico pas vanaf 1 januari 2027 zal gelden.

In het najaar van 2026 zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de verhoging van het verplicht eigen risico.

II. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I

onderdeel 1

Het tweede lid van artikel 19 Zvw verplicht tot jaarlijkse indexering van het bedrag van het eigen risico. Het derde lid van het huidige artikel 19 Zvw regelt hoe het na indexering verkregen bedrag wordt afgerond. Beoogd is te regelen dat het bedrag naar beneden wordt afgerond op een veelvoud van € 5. Wijkt het aldus verkregen bedrag af van het geldende bedrag van het eigen risico, dan wordt laatstbedoeld bedrag bij ministeriële regeling met ingang van het volgende kalenderjaar vervangen door het nieuwe bedrag. Met ingang van dat volgende kalenderjaar geldt dan dus een nieuw bedrag aan eigen risico, dat altijd € 5 of een veelvoud daarvan afwijkt van het bedrag van het jaar daarvoor. Bestudering van artikel 19, derde lid, Zvw leidt echter tot de conclusie dat de tekst van dat lid deze beoogde wijze van afronding en vervanging niet goed regelt. Met het nieuw voorgestelde derde lid wordt het voorgaande alsnog correct geregeld.

onderdeel 2

In het voorgestelde achtste lid van artikel 19 Zvw wordt geregeld hoe het verplicht eigen risico voor het jaar 2027 wordt geregeld en bekend wordt gemaakt.

De berekening geschiedt door het in 2026 geldende bedrag aan eigen risico (€ 385) eerst volgens de gebruikelijke methode te indexeren. Dat wil zeggen dat het wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil tussen de geraamde uitgaven aan Zvw-zorg in 2027 enerzijds en in 2026 anderzijds (zie artikel 19, tweede lid, Zvw). Het aldus verkregen bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5. Dit is in onderdeel a van het voorgestelde achtste lid opgenomen. Onderdeel b van dat lid regelt dat het aldus verkregen bedrag met € 60 wordt verhoogd.

Onderdeel c van het voorgestelde achtste lid regelt hoe het aldus berekende bedrag bekend wordt gemaakt. Allereerst wordt het bedrag opgenomen in een ministeriële regeling. Dit zal gebeuren door middel van een wijziging van de Regeling zorgverzekering. Vervolgens vervangt het in de Regeling zorgverzekering opgenomen bedrag het bedrag aan eigen risico zoals dat in artikel 19, eerste lid, van de Zvw is opgenomen. Het bedrag van € 385 zal dus met ingang van 1 januari 2027 worden vervangen door het nieuwe bedrag.

Zoals in het algemeen deel van deze memorie van toelichting is aangegeven, wordt op het moment van indiening van voorliggend wetsvoorstel bij de Tweede Kamer verwacht dat het eigen risico in 2027 € 455 zal zijn. Niet uitgesloten is echter dat dit bedrag nog (beperkt) zal wijzigen. Dat zal het geval zijn indien de raming van de zorgkosten over 2027 in zo'n mate blijkt af te wijken van wat op het moment van indiening van dit wetsvoorstel wordt verwacht, dat de indexering (onderdeel a van het



voorgestelde achtste lid) leidt tot een ander bedrag dan bij de indiening verwacht.

Artikel II

In dit artikel wordt geregeld dat het zevende en achtste lid van artikel 19 Zvw met ingang van 1 januari 2028 vervallen. Artikel 19, zevende lid, Zvw bepaalt dat het eigen risico over voor de jaren 2019 tot en met 2026 niet wordt geïndexeerd. Deze bepaling zal op 1 januari 2028 zijn uitgewerkt. Het nieuwe artikel 19, achtste lid, Zvw heeft betrekking op de vaststelling en bekendmaking van het bedrag aan verplicht eigen risico over het jaar 2027. Ook dat artikellid zal op 1 januari 2028 zijn uitgewerkt.

Artikel III

Voorgesteld wordt om de verhoging van het eigen risico per 2027 in te voeren. De berekening van het eigen risico voor 2027, bedoeld in het in artikel I voorgestelde artikel 19, zevende lid, Zvw, dient echter in september 2026 plaats te vinden. Gebeurt dit later, dan zal het Zorginstituut de vereveningsbijdragen over het jaar 2027 niet tijdig aan de zorgverzekeraars kunnen toekennen.

Een en ander betekent dat de parlementaire behandeling van voorliggend wetsvoorstel moet zijn afgerond voor de zomerrecessen van de Kamers, dat wil zeggen uiterlijk begin juli 2026. Dat leidt er op zijn beurt weer toe dat in de inwerkingtredingsbepaling kan worden geregeld dat de wet met ingang van 1 september 2026 in werking treedt. Dat laat uiteraard onverlet dat het nieuwe eigen risico pas vanaf 1 januari 2027 gaat gelden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,