

Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verlagen naar € 165

(KetenID WGK027023)

Voorstel van wet

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 te verlagen naar € 165;

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. In het eerste lid wordt '€ 385' vervangen door '€ 165'.

2. Het derde lid wordt vervangen door:

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.

3. In het zevende lid wordt 'voor de jaren 2019 tot en met 2026' vervangen door 'voor de jaren 2027 tot en met 2029'.

ARTIKEL II

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip.

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	p. 1
1. Inleiding	p. 1
2. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven	p. 3
3. Gevolgen voor verzekerden	p. 5
4. Europese aspecten	p. 8
5. Uitvoering en regeldruk	p. 9
6. Budgettaire gevolgen	p. 10
7. Advies en consultatie	p. 12
8. Gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 14
9. Inwerkingtreding en communicatie	p. 14
II. Artikelsgewijze toelichting	p. 15

1. Inleiding

In het hoofdlijnenakkoord 2024–2028 'HOOP, LEF EN TROTS'¹ hebben de PVV, VVD, NSC en BBB een pakket van maatregelen aangekondigd waarmee het verplicht eigen risico in de zorgverzekering zal worden gewijzigd. In het hoofdlijnenakkoord staat hierover het volgende:

*"Het kabinet wil het verplicht eigen risico in 2027 meer dan halveren, namelijk tot het niveau van € 165, om zo een mogelijke financiële drempel voor zorg te verlagen voor mensen die zorg nodig hebben, zoals langdurig en chronisch zieken. Ook wil het kabinet het verplicht eigen risico per 2027 trancheren op een bedrag van maximaal € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg.² In de tussenliggende jaren 2025 en 2026 wordt de hoogte van het verplicht eigen risico bevroren op een bedrag van € 385. Ten slotte wordt er voor deze tussenliggende jaren € 2,5 miljard ingezet voor lastenverlichting aan burgers en wil het kabinet burgers compenseren voor de zorgpremie, die als gevolg van de maatregelen vanaf 2027 zal stijgen, via een verlaging van de inkomstenbelasting en voor bedrijven via de premie van het Arbeidsongeschiktheidsfonds (AOF)."*³

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 een lager en een hoger inkomen (inkomenssolidariteit). De kosten van de Zvw worden gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB), nominale premies, opbrengsten van eigen bijdragen, waaronder het verplicht eigen risico, en uit een premieervangende rijksbijdrage voor jongeren. De overheid betaalt bovendien een zorgtoeslag aan huishoudens met lagere en middelhoge inkomens als gedeeltelijke 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 betalingen, zoals het verplicht eigen risico, zijn de uitzondering hierop.⁴

¹ Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

² Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

³ Hoofdstuk 6 bijlage 'Hoofdlijnenakkoord, HOOP, LEF EN TROTS' bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

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

Het verplicht eigen risico in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) is in 2008 geïntroduceerd en heeft twee hoofddoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en kostenbewustzijn creëren. Het eerste doel, medefinanciering, 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. Met het tweede doel, het creëren van kostenbewustzijn, wordt bedoeld dat door het eigen risico verzekerden zich bewuster worden van de kosten van zorg. Het eigen risico beoogt mensen te stimuleren om bewuster na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden. Dit kan er vervolgens toe leiden dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken, wat weer kan leiden tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies. Echter, het verplicht eigen risico kan een te hoge financiële drempel worden voor mensen die zorg nodig hebben, en kan leiden tot zorgmijding. De Nederlandse Zorgautoriteit constateerde in 2022⁵ dat we, als we niets doen, afstevenen op een harde tweedeling. Aan de ene kant staan dan de mensen voor wie de zorg nog steeds beschikbaar is, omdat zij de weg kennen en over voldoende middelen beschikken. Aan de andere kant staan dan de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen. Het kabinet wil zo'n tweedeling niet. Met voorliggende wijziging van de Zvw wordt het verplicht eigen risico daarom verlaagd naar € 165 vanaf 2027. Het kabinet wil met deze verlaging van het verplicht eigen risico bereiken dat minder mensen noodzakelijke medische zorg uitstellen of hiervan afzien en ook dat de toegankelijkheid van de zorg groter en gelijkwaardiger wordt. Ook kiest dit kabinet met de verlaging van het eigen risico voor een lagere medefinanciering door zorggebruikers en daarmee voor een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen.

Hiervoor trekt het kabinet € 4,1 miljard uit in 2027 oplopend tot € 4,6 miljard in 2029. De zorgpremie, die als gevolg van de publiek-private verhoudingen zoals vastgelegd in zorgverzekeringswet navenant stijgt, worden voor burgers per saldo volledig gecompenseerd via de inkomstenbelasting en voor bedrijven via de AOF-premie. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met stapsgewijze wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Deze lastenverlichting is gedekt uit de verschillende koopkrachtenveloppen uit het hoofdlijnenakkoord en met een verlaging van de algemene heffingskorting. Zowel de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027 als de circa € 3 miljard die beschikbaar was voor compenserende lastenverlichting voor premiestijging vanaf 2027 zijn meegenomen in de dekking.

De andere in het hoofdlijnenakkoord genoemde maatregelen, te weten de bevrozing van het verplicht eigen risico in 2026⁶ en de tranchering van het verplicht eigen risico vanaf 2027 in de medisch-specialistische zorg, zijn of worden via andere wijzigingen van wet- en regelgeving geregeld.⁷ De effecten van de tranchering en de verlaging van het verplicht eigen risico kennen een sterke onderlinge afhankelijkheid. Daarom gaat deze toelichting op beide maatregelen in.

Tot slot heeft het kabinet in het hoofdlijnenakkoord ook afgesproken dat in verband met de verlaging van het verplicht eigen risico de tegemoetkoming arbeidsongeschikten (hierna: AO-tegemoetkoming) vanaf 2027 wordt afgeschaft. De Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zal hiertoe een separaat wetsvoorstel opstellen.

2. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven

a. De relatie tussen het eigen risico en het afzien van zorg

Zoals hierboven is beschreven, beoogden eerdere kabinetten met het eigen risico onder andere mensen te stimuleren om na te denken of het gebruik van een behandeling of onderzoek

⁵ Stand van de zorg 2022, NZa

⁶ Het bevrozen van het verplicht eigen risico op € 385 in 2025 is al geregeld. Zie Stb. 2022, 327 en 347.

⁷ Zie voor de bevrozing van het verplicht eigen risico Kamerstukken II 2024/25, 36679, nrs. 1-3 e.v. 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.

noodzakelijk is en of deze ook op dat moment moet plaatsvinden. Dit kan er vervolgens toe leiden dat verzekerden gemiddeld genomen minder zorg gebruiken, wat weer kan leiden tot een minder grote stijging van de zorgkosten dan anders het geval zou zijn. Echter, het verplicht eigen risico kan een te hoge financiële drempel worden voor mensen die zorg nodig hebben en leiden tot het uitstellen of afzien van medische zorg die noodzakelijk is. Patiënten kunnen duurdere en zekere patiënten worden.

Naar de mate waarin mensen afzien van zorg om financiële redenen is veel onderzoek gedaan. In 2023 zag meer dan 1 op de 10 mensen af van medische zorg⁸ om financiële redenen.⁹ Dit percentage verschilt elk jaar iets en lag de afgelopen jaren rond de 10%.¹⁰ Het percentage is echter een gemiddelde voor de hele bevolking. 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.¹¹ Dit beeld wordt ook bevestigd door ander onderzoek.¹² Onder mensen met een chronische ziekte ziet bijvoorbeeld 1 op de 7 of zelfs 1 op de 5 mensen af van zorg omdat ze er voor moeten betalen.^{13,14} De hierboven genoemde onderzoeken concluderen, net als veel andere studies, dat een deel van de mensen om financiële redenen zorg uitstelt of hiervan afziet. Dit kan gaan om zowel noodzakelijke als minder noodzakelijke zorg.¹⁵ 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 waar van wordt afgezien noodzakelijke zorg is.

b. Doelstelling en inhoud maatregel

Het kabinet wil met het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 bereiken dat minder mensen om financiële redenen noodzakelijke medische zorg uitstellen of hiervan afzien. De zorgvrager met de grootste medische urgentie dient als eerste te worden behandeld. Het kabinet vindt dat de portemonnee geen rol mag spelen bij de vraag of iemand met zijn zorgvraag tijdig kan worden geholpen. Voor de vragen wat voor een patiënt medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien het beperkte zorgaanbod gegeven kan worden, zijn andere instrumenten meer aangewezen. Daarom investeert het kabinet bijvoorbeeld in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere triage, maar bijvoorbeeld ook in een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod. Ook kiest het kabinet met de verlaging van het eigen risico voor een lagere medefinanciering en daarmee voor een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen.

Het kabinet vergroot hiermee de toegankelijkheid van de zorg. Ook wordt hiermee de toegang tot zorg gelijkwaardiger gemaakt. Het vaststellen van de hoogte van het verplicht eigen risico is een afweging tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid van zorg en het kabinet kiest daarmee voor een andere balans tussen deze drie elementen.

Het bedrag van € 165 aan verplicht eigen risico zal gaan gelden voor de jaren 2027 tot en met 2029. Het eigen risico wordt in die jaren bevroren, waardoor het minder hard groeit dan de zorgkosten. Om de verhouding tussen het verplicht eigen risico en de zorgkosten, die naar

⁸ Het gaat hierbij om het afzien van een bezoek aan een arts, het afzien van een door een arts aanbevolen medisch onderzoek, behandeling of nabehandeling, en het afzien van het afhalen van medicijnen.

⁹ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004584.pdf>

¹⁰ <https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/financi%C3%ABle-toegankelijkheid-afzien-van-zorg-vanwege-de-kosten>

¹¹ Rapport 'Kennissvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen', Nivel, 2024

¹² How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011, Kiil & Houlberg, 2014

¹³ [Patiëntenfederatie Nederland. \(2023\). Stapeling zorgkosten.](#)

¹⁴ [Salampessy, B. H., Portrait, F. R. M., Donker, M., Ismail, I., & Hijden, E. J. E., van der \(2022\). How important is income in explaining individuals having forgone healthcare due to cost-sharing payments? Results from a](#)

[mixed methods sequential explanatory study. BMC Health Services Research, 22\(208\).](#)

<https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-022-07527-z>

¹⁵ 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.

verwachting ook de komende jaren verder zullen stijgen, niet te veel uit de pas te laten lopen, zal het eigen risico vanaf 2030 worden geïndexeerd volgens de huidige systematiek in de wet.

De effecten van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico zullen onderzocht en in beeld gebracht worden.

c. Overwogen alternatieven

Het kabinet heeft twee alternatieven voor het generiek verlagen van het verplicht eigen risico overwogen, namelijk meer (gerichte) financiële ondersteuning via bestaande instrumenten voor inkomensondersteuning en een gerichtere inzet van het verplicht eigen risico.

Aan financieel kwetsbare verzekerden wordt op verschillende wijzen financiële ondersteuning geboden bij het betalen van zorgkosten. Er bestaan verschillende landelijke compensatieregelingen die een tegemoetkoming bieden in het betalen van de zorgkosten. Bijvoorbeeld de zorgtoeslag die huishoudens met een laag tot middelhoog inkomen ontvangen als (gedeeltelijke) tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale zorgpremie en het (gemiddeld) betaalde verplicht eigen risico. Daarnaast zijn er inkomensondersteunende regelingen die een (gedeeltelijke) tegemoetkoming bieden in de zorg- of meerkosten van specifieke groepen. Zo maakt de fiscale aftrek specifieke zorgkosten het mogelijk om bepaalde kosten af te trekken van de inkomstenbelasting. Op decentraal niveau beschikken gemeenten over de instrumenten én de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt. Gemeenten kunnen bijvoorbeeld op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) bij verordening bepalen dat door het college aan personen met een beperking of chronische psychische of psychosociale problemen (die daarmee verband houdende aanneembare meerkosten hebben) een tegemoetkoming wordt verstrekt ter ondersteuning van de zelfredzaamheid en de participatie.

De bovengenoemde instrumenten voor inkomensondersteuning nemen de ervaren financiële drempels van het verplicht eigen risico niet weg. Om die reden heeft het kabinet er niet voor gekozen om deze instrumenten als alternatief voor het generiek verlagen van het verplicht eigen risico in te zetten. Hierbij wordt wel opgemerkt dat de hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie en per 2027 zal stijgen als gevolg van de stijging van de nominale premie. De financiële effecten hiervan worden uitgelegd in hoofdstuk 3.

Het kabinet heeft ook een gerichtere inzet van het verplicht eigen risico overwogen, waaronder een gerichte verlaging of zelfs afschaffing van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten. Het kabinet acht dit niet goed uitvoerbaar. Dat komt omdat er momenteel geen eenduidige definitie van chronisch zieken en gehandicapten is. Als voorbeeld gelden de, inmiddels afgeschafte, 'compensatie eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten' en de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Een van de knelpunten bij deze instrumenten was dat het niet mogelijk bleek om een werkbare, eenduidige definitie van chronisch zieken en gehandicapten te geven. Ook ontbrak een registratie van personen die chronisch ziek of gehandicapt zijn, op basis waarvan je een tegemoetkoming zou kunnen verstrekken. De uitvoeringsproblemen waar dit toe leidde, hebben ertoe geleid dat beide instrumenten inmiddels weer ingetrokken zijn.

Een ander alternatief dat is overwogen is een inkomensafhankelijk eigen risico. Een inkomensafhankelijk eigen risico is echter niet wenselijk omdat deze 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.¹⁶

¹⁶ Dit kan overigens ook aangewezen zijn om te voorkomen dat de zorgverzekeraars zelfstandig bestuursorgaan zouden worden.

Het kabinet kiest er voor om voor iedereen het verplicht eigen risico te verlagen en niet voor alternatieven, zoals een specifieke verlaging van het verplicht eigen risico voor enkel chronisch zieken en gehandicapten of een inkomensafhankelijk eigen risico. Een generieke verlaging van het eigen risico past bij het uitgangspunt van het kabinet om tot een gelijkwaardigere toegang tot zorg voor iedereen te komen.

d. Hogere zorgvraag door verlaging eigen risico

De regering wil de zorgvraag voorkomen door mensen zo lang mogelijk te stimuleren om gezond en zelfredzaam te blijven en door brede inzet op het voorkomen van (verergering van) ziekte. Gemeenten en de GGD'en zijn de partijen die hierin vooral aan zet zijn. Zij kunnen lokale en regionale activiteiten ondernemen die hier aan kunnen bijdragen. Daarnaast zijn er landelijke maatregelen om mensen ertoe te bewegen gezonder te leven en zodoende de zorgvraag te verminderen.

De toegankelijkheid van de zorg staat, ook zonder de verlaging van het eigen risico, onder druk door onder andere de vergrijzing en het arbeidsmarkttekort. Door het verlagen van het eigen risico kan de druk op de zorg verder toenemen, omdat minder mensen om financiële redenen afzien van medisch noodzakelijke zorg. De regering zet zich in voor een toegankelijker zorglandschap en maatregelen om de zorgvraag te voorkomen en beter op te vangen, onder andere door met de sector aanvullende afspraken op het Integraal Zorgakkoord (IZA) te maken. Het kabinet werkt bijvoorbeeld aan de juiste inzet van medewerkers en het verlagen van administratieve lasten, opdat er meer capaciteit beschikbaar komt voor het daadwerkelijk verlenen van zorg. En er is aandacht voor medische innovaties die de inzet van medewerkers en de belasting voor de patiënt verminderen. Ook wordt er gewerkt aan het versterken van de eerstelijnszorg en worden afspraken gemaakt over het verkorten van wachttijden. De inzet van de regering is erop gericht om afspraken te maken in het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord. Om wachttijsten te verkorten en ter ondersteuning van het reguliere triageproces zet de regering daarbij in op verschillende maatregelen. Een belangrijke component om wachttijden te verkorten is actieve wachtlijstbemiddeling. Het doel van actieve wachtlijstbemiddeling is de toegankelijkheid te bevorderen door middel van het beschikbaar maken van informatie zodat partijen in het stelsel in staat worden gesteld om hun rol te pakken, bijvoorbeeld in het kader van de zorgplicht van verzekeraars. Een tweede maatregel is het vergroten van het inzicht in de wachttijden. Om knelpunten te identificeren en de toegankelijkheid te kunnen monitoren is inzicht nodig in wachtlijsten. Waar nodig worden deze maatregelen voorzien van wettelijke borging.

Bovendien vindt de regering het belangrijk dat patiënten en cliënten nu en in de toekomst kunnen rekenen op passende zorg. Dat betekent dat de beschikbaarheid en toegankelijkheid van effectieve zorg gewaarborgd moet zijn zonder dat de portemonnee hierin een rol speelt. De regering maakt afspraken over het toetsen van de effectiviteit van bestaande en veelbelovende innovatieve zorg. In kaart wordt gebracht welke zorg juist in of uit kan stromen. Het is van belang dat bewezen effectieve zorg voor iedereen beschikbaar is. Zorg die niet effectief is hoort niet in het pakket thuis en moet dan ook uit het pakket stromen. De regering zal waar nodig wet- en regelgeving aanpassen zodat het Zorginstituut en zorgpartijen scherpere keuzes kunnen maken.

3. Gevolgen voor verzekerden

De financiële effecten voor burgers en de macro budgettaire gevolgen van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico hangen sterk met elkaar samen en interacteren ook met elkaar. Daarom worden in deze toelichting de geraamde verwachte financiële gevolgen voor burgers en de budgettaire gevolgen gepresenteerd als totaaleffect van beide maatregelen. Onder de financiële effecten kan onderscheid worden gemaakt tussen financiële effecten die het directe gevolg zijn van het verlagen van het verplicht eigen risico en indirecte financiële effecten van aanvullend beleid, zoals de compenserende lastenverlichting en afschaffing tegemoetkoming arbeidsongeschikten.

De directe financiële effecten van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico voor de burger zijn als volgt:¹⁷

- Verplicht eigen risico:
 - Door de verlaging hoeven verzekerden naar verwachting tezamen € 2,006 miljard minder te betalen aan het verplicht eigen risico. Het gemiddeld betaalde verplicht eigen risico, dat wordt berekend over alle volwassen verzekerden, daalt hierdoor in 2027 met € 135 per verzekerde. De daling van het betaalde verplicht eigen risico is voor verzekerden die het verplicht eigen risico vol maken nog groter. Als de regering namelijk geen maatregelen had genomen, was het verplicht eigen risico in 2027 naar verwachting gestegen naar € 415 per volwassen verzekerde. Door het onderhavige wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico verlaagd naar een bedrag van € 165, waardoor het betaalde verplicht eigen risico voor verzekerden die het verplicht eigen risico vol maken daalt met € 250.
- Nominale premie:
 - Het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico leidt tot minder opbrengsten uit het verplicht eigen risico (€ 2,006 miljard in 2027) voor zorgverzekeraars dan zonder dit wetsvoorstel het geval zou zijn. Zij zullen daardoor de nominale premie hoger vast moeten stellen dan in de situatie waarin het verplicht eigen risico wel zou stijgen. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een lager verplicht eigen risico staat een hogere nominale premie.
 - De verlaging van het verplicht eigen risico (incl. tranchering in de medisch-specialistische zorg) leidt naar verwachting tot meer zorggebruik. Dit effect is naar huidige inzichten geraamd op € 2,100 miljard in 2027. Hieronder ligt de veronderstelling dat de financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik kleiner is in vergelijking met de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou zijn verlaagd. Oftewel, het remmende effect dat het eigen risico naar verwachting heeft op het zorggebruik, neemt af. In de Zvw is vastgelegd dat de zorguitgaven voor de helft moeten worden gefinancierd via de IAB en voor de andere helft via de nominale premie, eigen bijdragen waaronder het verplicht eigen risico, en een rijksbijdrage voor jongeren. De vermindering van het remgeldeffect wordt daarom opgevangen door een hogere IAB, een verhoging van de nominale premie door zorgverzekeraars, en een hogere rijksbijdrage voor jongeren.
 - Gegeven de bovenstaande verwachtingen moet de opbrengst uit de nominale premie met € 2,953 miljard stijgen in 2027. Deze stijging komt overeen met een stijging van de nominale premie per persoon met € 199 extra 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 beschreven onder 'Nominale premie' stijgt de nominale premie naar verwachting met € 199 extra per verzekerde per jaar en daalt het gemiddeld betaalde verplicht eigen risico met € 135 per verzekerde per jaar. Hierdoor stijgen de standaardpremie en de zorgtoeslag met € 64,.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de op dit moment geraamde financiële effecten per type verzekerde. Hierin wordt uitgegaan van de situatie in 2027 en zijn de effecten van het verplicht eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag meegenomen. De verwachte effecten per type verzekerde in de tabel zijn gebaseerd op de hierboven beschreven raming van de financiële gevolgen. De uiteindelijke gerealiseerde effecten kunnen afwijken van de raming. De daadwerkelijke financiële gevolgen van de maatregelen zullen onderzocht en in beeld gebracht worden.

Financiële gevolgen burgers van verlagen en trancheren verplicht eigen risico in 2027 (+ = positief financieel effect)

¹⁷ Naast de effecten voor burgers stijgen ook de lasten voor werkgevers via een stijging van de IAB. De IAB stijging is naar verwachting 0,18 procentpunt. Zelfstandigen en gepensioneerden dragen de IAB zelf.

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 250	- € 199	€ 64	€ 115
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 250	- € 199	€ 0	€ 51
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	- € 199	€ 64	- € 135
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	- € 199	€ 0	- € 199

Uit de tabel blijkt dat verzekerden die het verplicht eigen risico volledig vol maken het meeste profijt hebben bij het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico. Deze groep omvat naar verwachting 9 miljoen mensen.¹⁸ Vooral mensen die hun verplicht eigen risico volledig betaald hebben en zorgtoeslag ontvangen gaan er financieel op voorruit. Het is niet bekend hoe groot deze groep is.

Zoals eerder toegelicht, stijgt voor iedereen de nominale premie. Als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddeld betaalde verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden zorgtoeslag. Verder compenseert de regering burgers voor de stijging van de nominale premie door een verlaging van de inkomstenbelasting (zie 'Compenserende lastenverlichting' hieronder).

De raming van 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.

Vanwege de directe financiële effecten van het verlagen van het verplicht eigen risico zijn in het Hoofdlijnenakkoord ook andere maatregelen genomen, namelijk compenserende lastenverlichting en de afschaffing van de tegemoetkoming arbeidsongeschikten. Dit wordt hieronder toegelicht.

Compenserende lastenverlichting

Om de premiestijging als gevolg van het verlagen van het verplicht eigen risico te compenseren is in het hoofdlijnenakkoord een compenserende lastenverlichting opgenomen. Deze lastenverlichting is verwerkt in de koopkrachtbesluitvorming. De genomen maatregelen leiden tot een positief koopkrachtbeeld over alle aankomende jaren.

Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft de regering per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Zowel de € 2,5 miljard uit het hoofdlijnenakkoord die beschikbaar was voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027 als de € 3 miljard die beschikbaar was voor compenserende lastenverlichting voor premiestijging vanaf 2027 zijn ingezet voor de dekking van dit verlaagde tarief. De eerste schijf daalt tussen 2025 en 2028 verder en bedraagt in 2028 35,36%. Van de verlaagde eerste schijf in de inkomstenbelasting profiteren met name huishoudens met middeninkomens. Huishoudens met lage inkomens hebben vooral profijt van de extra toeslagmiddelen (huurtoeslag en kindgebonden budget) omdat zij beperkt inkomstenbelasting betalen.

¹⁸ In 2027 maakt naar verwachting 60% van de verwachte 14,8 miljoen volwassen verzekerden het verplicht eigen risico vol.

Overzicht koopkrachtmaatregelen Miljoenennota 2025 (in miljoenen euro's)

	2025	2026	2027	2028	2029
Aanpassingen algemene heffingskorting	1.096	1.099	1.041	897	897
Aanpassen tarieven inkomstenbetaling en introductie extra schijf	-4.450	-4.966	-5.437	-5.673	-5.819
Dekking uit HLA-maatregelen	3.354	3.867	4.396	4.776	4.922

Doordat de lastenverlichting via verlaging van de eerste schijf al in 2025 wordt ingezet en mensen in 2027 een hogere premie zien als gevolg van de verlaging van het verplicht eigen risico, zullen zij de vooruitgang in de koopkracht in 2027 beperkt ervaren. Dit komt omdat deze vooruitgang in de koopkracht in 2027 al twee jaar van kracht is.

Afschaffing AO-tegemoetkoming

De regering heeft in het hoofdlijnenakkoord afgesproken dat in verband met de verlaging van het verplicht eigen risico de AO-tegemoetkoming vanaf 2027 wordt afgeschaft. Deze tegemoetkoming is in het verleden ingesteld als compensatie voor hogere (ziektegerelateerde) kosten. Bij ongewijzigd beleid zou de tegemoetkoming naar verwachting € 235,11 bedragen in 2027. Nu het eigen risico fors wordt verlaagd, is er minder noodzaak om de regeling in stand te houden. Daarnaast leidt de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten tot ongelijkheid die moeilijk uitlegbaar is. Alleen mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering hebben namelijk recht op de tegemoetkoming. Mensen die ziek/arbeitsongeschikt zijn maar geen arbeidsongeschiktheidsuitkering krijgen, komen niet in aanmerking. Voor circa 826.000 arbeidsongeschikten met een WAO-, WAZ-, WIA- of Wajong-uitkering^[1] vallen de netto financiële effecten anders uit door het voornemen de AO-tegemoetkoming af te schaffen.

Hoe het afschaffen van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten in combinatie met de verlaging van het verplicht eigen risico in de Zvw per saldo uitpakt, hangt af van de mate waarin mensen met een WAO-, WIA-, WAZ- of Wajong-uitkering het verplicht eigen risico volmaken, of zij zorgtoeslag ontvangen en hoe de compenserende lastenverlichting voor hen uitpakt. Voor het grootste deel van de groep wordt verwacht dat zij het eigen risico volmaken en zorgtoeslag ontvangen. Het effect van de verlaging van het verplicht eigen risico en de afschaffing van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (€ 115 - € 235,15 = € -120; zie de eerste tabel in dit hoofdstuk) zal voor deze groep generiek worden gecompenseerd door de genoemde lastenverlichting (met daarbinnen verschillen afhankelijk van de specifieke inkomenssituatie). Huishoudens met lage en middelhoge inkomens profiteren het meest van de compenserende lastenverlichting, waaronder mensen met een WAO-, WIA-, WAZ- of Wajong-uitkering.

4. Europese Aspecten

Staatssteun

De zorgverzekeraars ontvangen ongeveer de helft van het geld dat zij nodig hebben voor het aanbieden en uitvoeren van hun zorgverzekeringen van de verzekerden (nominale premies en eigen betalingen, waaronder het verplicht eigen risico). De rest ontvangen zij in de vorm van een 'risicovereveningsbijdrage', die op zijn beurt wordt bekostigd uit de IAB en de rijksbijdrage voor

^[1] Wet op de arbeidongeschiktheidsverzekering (WAO), Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (Waz), Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en Wet werk en arbeidsondersteuning jonggehandicapten.

jongeren. De risicovereveningsbijdragen vormen daarmee overheidsbijdragen en staatssteun in de zin van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Omdat de zorgverzekeraars zich bij het aanbieden en uitvoeren van hun zorgverzekeringen te houden hebben aan de bij en krachtens de Zvw gestelde regels – met name de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie zijn in dit verband van belang – voeren ze een dienst van algemeen economisch belang (DAEB) uit. Het door de overheid bekostigen van DAEB's is onder omstandigheden toegestaan binnen het Europees recht.

In hoofdstuk 4 is besproken dat de verlaging van het verplicht eigen risico onder meer leidt tot verhoging van de zorgkosten en dat deze verhoging wordt bekostigd door middel van (een verhoging van) de IAB, nominale premies, en de rijksbijdrage voor jongeren. Dientengevolge zullen niet alleen de nominale premies, maar ook de vereveningsbijdragen die de zorgverzekeraars ontvangen stijgen. Gelet op artikel 108, derde lid, van het VWEU dient een dergelijke stijging voorgelegd te worden aan de Europese Commissie. Deze zal het stelsel integraal toetsen. Op grond van artikel 3 van de 'Verordening (EU) 2015/1589 van de Raad van 13 juli 2015 tot vaststelling van nadere bepalingen voor de toepassing van artikel 108 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie' mag staatssteun slechts worden verstrekt na goedkeuring door de Europese Commissie. De verhoging van de risicovereveningsbijdragen zal dan ook pas worden doorgevoerd nadat de Europese Commissie haar goedkeuring heeft gegeven. De Nederlandse Staat zal een melding indienen om deze goedkeuring te verkrijgen.

Richtlijn Solvabiliteit II

Omdat Nederland een privaat zorgverzekeringsstelsel heeft, is de EU-richtlijn Solvabiliteit II¹⁹ 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 is 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 vorm gegeven 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.

5. Uitvoering en regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt de hoogte van het verplicht eigen risico in 2027 verlaagd. 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 kennismakingskosten. Burgers moeten eenmalig kennis nemen van het lagere eigen risico en kijken of deze verlaging iets betekent voor hun situatie. Het is mogelijk dat zij minder eigen risico kwijt zijn voor zorg, een hogere zorgtoeslag ontvangen of een hogere zorgpremie betalen. Daarnaast is het niet de enige wijziging in de vormgeving van het eigen risico die vanaf 2027 ingaat: het voornemen is immers om tegelijkertijd het eigen risico in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg te trancheren. Om deze veranderingen zo begrijpelijk mogelijk te maken is goede informatievoorziening voor verzekerden, die aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, zeer belangrijk. Daarom zal een informatievoorzieningstraject opgezet worden in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De planning van het wetstraject is zo ingericht dat er ruim de tijd is om deze informatievoorziening te ontwikkelen en daadwerkelijk aan te bieden.

¹⁹ 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).

Mede gelet op het advies van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) is het goed om op te merken dat burgers geen actie hoeven te ondernemen om bijvoorbeeld aanspraak te maken op een lager eigen risico. Dit wordt namelijk automatisch voor hen geregeld. Registratie en declaratie van zorg en de verrekening van het eigen risico worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan, waardoor burgers automatisch profiteren van de lastenverlichting voor zover daarvan sprake is gezien hun zorggebruik. 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. Dit zijn enkel de regeldrukkosten voor de verlaging van het verplicht eigen risico. De regeldrukkosten van de tranchering van het eigen risico worden uitgewerkt in de nota van toelichting bij de wijziging van het Besluit zorgverzekering waarmee deze tranchering geregeld wordt.

Het verlagen van de hoogte 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 hier in vinden.

De regeldrukkosten voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders worden ingeschat op nihil. Dit zijn enkel de regeldrukkosten voor de verlaging van het verplicht eigen risico. De regeldrukkosten van de tranchering van het eigen risico worden in eerder bedoelde nota van toelichting uitgewerkt.

6. Budgettaire gevolgen

Voor het wetsvoorstel zijn inschattingen gemaakt van de te verwachten effecten.²⁰ Deze effecten zijn ook opgenomen in de startnota van het kabinet. De macro budgettaire gevolgen van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico hangen sterk met elkaar samen en interacteren ook met elkaar. Daarom worden in deze toelichting de budgettaire gevolgen gepresenteerd als totaaleffect van beide maatregelen.

In onderstaande tabel staan de geraamde macro budgettaire effecten van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico voor het uitgaven- en inkomstenkader. Het budgettaire effect onder het uitgavenkader bestaat uit twee delen: de te verwachte derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico omdat een deel van de verzekerden minder verplicht eigen risico gaat betalen, en een inschatting van de hogere zorgkosten door het per saldo lagere kostenbewustzijn (het remgeldeffect). De budgettaire effecten onder het inkomstenkader bestaan enerzijds uit de verwachte stijging van de nominale premie, de IAB en de zorgtoeslag en anderzijds uit de compenserende lastenverlichting.

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

	2027	2028	2029
Opbrengst eigen risico (+ is lagere opbrengst)	2,006	2,145	2,287
Collectieve uitgaven (remgeldeffect)	2,100	2,200	2,300
Effect uitgavenkader (+ is hogere netto uitgaven)	4,106	4,345	4,587
Nominale premie	2,953	3,138	3,327
IAB	1,048	1,092	1,137
Zorgtoeslag	-0,379	-0,397	-0,416
Effect inkomstenkader door verlaging en tranchering (+ is lastenverzwaring)	3,622	3,833	4,048
Verlaging inkomstenbelasting burgers	-2,941	-3,124	-3,308

²⁰ Zie de bijlage bij de miljoenennota 2025, Kamerstukken II 2024/25, 36600, nr. 2

Verlaging AOF bedrijven	-0,681	-0,710	-0,739
Effect inkomstenkader door compenserende lastenverlichting (- is lastenverlichting)	-3,622	-3,834	-4,047

a. Derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico

De opbrengst van het verplicht eigen risico neemt zowel door de verlaging van het verplicht eigen risico als door de tranchering van het verplicht eigen risico af. Door het verlagen van het verplicht eigen risico zullen verzekerden gemiddeld minder eigen risico betalen, wat leidt tot lagere opbrengsten. Ook de tranchering van het verplicht eigen risico voor de medisch-specialistische zorg zorgt ervoor dat verzekerden gemiddeld minder eigen risico gaan betalen. 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. Omdat de bijdrage in de medisch-specialistische zorg wordt gemaximeerd op € 50 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 een of twee dbc's nodig hebben en zal hierdoor minder snel het verplicht eigen risico vol maken. Er is een inschatting gemaakt van hoeveel de opbrengst van het eigen risico afneemt door de verlaging en tranchering van het verplicht eigen risico. Naar verwachting neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico af met € 2,006 miljard in 2027.

b. Stijging van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)

In de raming van de effecten wordt ervan uitgegaan dat de verlaging van het verplicht eigen risico naar verwachting leidt tot meer zorggebruik en dientengevolge tot een kleiner remgeldeffect.

De tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg leidt ertoe dat men langer een financiële prikkel ervaart om terughoudend te zijn met zorggebruik in vergelijking met de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou zijn getrancheerd. Op dit moment maken mensen vaak al voor het eerste consult bij een medisch specialist (inclusief bijbehorend onderzoek en de eerste 120 dagen behandeling) het gehele verplicht eigen risico vol. Door het maximumbedrag van € 50 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg minder hoog en mensen worden door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling wel langer gestimuleerd om na te denken of een volgend gebruik van zorg (of dat nu medisch-specialistische zorg is of andere zorg waarvoor het verplicht eigen risico geldt) passend is. Dat komt omdat ze minder snel hun volledige verplicht eigen risico vol maken. De veronderstelling is dat dit resulteert in afname van zorggebruik en dientengevolge een groter remgeldeffect. Het effect van de verlaging van het eigen risico is echter groter dan het effect van de tranchering, waardoor per saldo een verlaging van het remgeldeffect zal optreden.

Er is een inschatting gemaakt van het verwachte effect op de zorgvraag. In 2027 wordt € 2,100 miljard hogere uitgaven verwacht wegens de netto verlaging van het remgeldeffect. De inschatting van het effect kent ook grote onzekerheden. Het is bijvoorbeeld de vraag in hoeverre de groei van de zorgvraag met deze omvang opgevangen kan worden in het zorgaanbod. Daarom worden in het aanvullend zorgakkoord afspraken gemaakt die kunnen bijdragen aan het voldoen aan een hogere zorgvraag.

De inschatting van het verwachte gedragseffect in 2027 en 2028 is gebaseerd op eerdere berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB) op basis van zijn microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.²¹ Het microsimulatiemodel van het CPB wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in Kaart 2020, Keuzes in Kaart 2022 t/m 2025 en de doorrekening van de budgettaire bijlage bij het hoofdlijnenakkoord. Het model 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 voor de

²¹ Het verwachte gedragseffect is geëxtrapoleerd naar latere jaren gebaseerd op de verwachte gedragseffecten in 2027 en 2028.

Nederlandse bevolking in kaart hebben gebracht. Ook zijn de prijselasticiteiten in lijn met wetenschappelijk onderzoek waarbij is gekeken naar de situatie in de Verenigde Staten.²²

c. Effecten inkomstenkader

De derving van de opbrengsten aan eigen risico worden opgevangen met een hogere nominale premie. De hogere zorguitgaven ten gevolge van het lagere remgeldeffect leiden in het inkomstenkader tot een hogere nominale premie en een hogere IAB. Binnen het inkomstenkader leidt dit tot een stijging van de nominale premie (+ € 2,953 miljard in 2027) en de IAB (+ € 1,048 miljard in 2027). Dit is een lastenverzwaring. De automatische stijging van de zorgtoeslag (€ 0,379 miljard in 2027), zorgt voor een automatische lastenverlichting. Per saldo stijgen de lasten onder het inkomstenkader door verlaging en tranchering van het verplicht eigen risico met € 3,622 miljard in 2027. De regering compenseert burgers en bedrijven voor een stijging van de nominale premie en IAB, via een verlaging van de inkomstenbelasting (- € 2,941 miljard in 2027) en de AOF-premie (- € 0,681 miljard), zodat er per saldo geen lastenverzwaring plaatsvindt.

7. Advies en consultatie

a. Internetconsultatie

Dit wetsvoorstel stond open voor (internet)consultatie van 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025. Er zijn 35 reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen. De 'tranchering van het verplicht eigen risico in de medische-specialistische zorg per 2027' stond apart open voor (internet)consultatie van eveneens 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025. Een aantal reacties op de 'tranchering van het eigen risico' heeft (ook) betrekking op de 'verlaging van het verplicht eigen risico'. De inbreng van de verschillende partijen zijn hieronder samengevat. Vervolgens is de reactie hierop weergegeven.

Samenvatting reacties van burgers

In veel reacties worden zorgen geuit over de financiële gevolgen van de stijging van de zorgvraag. Ook zien veel mensen de verlaging van het eigen risico als een 'sigaar uit eigen doos' vanwege de premiestijging. Er wordt gewezen op het feit dat de zorgtoeslag niet iedereen compenseert en dat gezonde mensen relatief meer gaan betalen. Er zijn ook positievere geluiden. Die steunen het voorstel en vinden het belangrijk dat de toegankelijkheid van zorg gewaarborgd blijft. In een deel van de reacties wordt gepleit voor fundamentele wijzigingen in het zorgstelsel, zoals meer overheidssturing.

Samenvatting reacties van zorgverzekeraars

ZN begrijpt de wens om zorgmijding te voorkomen, maar uit zorgen over de gevolgen van de verlaging van het eigen risico voor de stijging van de zorgpremie en de stijging van de zorgvraag. Het is volgens ZN onduidelijk of de maatregel daadwerkelijk leidt tot minder mensen die zorg uitstellen of hiervan afzien. ZN is van mening dat het probleem van zorgmijding vaak breder is en een inkomensvraagstuk betreft. De verwachte toename in zorgvraag kan bovendien leiden tot langere wachttijden, wat haaks staat op huidige beleidsdoelen.

Samenvatting reacties van zorgaanbieders

De Nederlandse GGZ is van mening dat aanbieders structureel extra financiële middelen moeten krijgen om de extra vraag naar (geestelijke) gezondheidszorg, als gevolg van de verlaging van het verplicht eigen risico, op te vangen. De Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen (NVZ) maakt zich zorgen over de te verwachten groei in de zorgvraag door de verlaging van het verplicht eigen risico en vreest dat er een beroep op niet-passende zorg wordt gedaan dat moeilijk uit het medisch-specialistische domein te weren is. De maatregelen die worden genoemd om de stijgende zorgvraag op te vangen overtuigen de NVZ niet. De NVZ maakt zich zorgen dat ziekenhuizen de

²² Zie voor een toelichting van de gedragseffecten van het eigen risico CPB (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, Den Haag en Remmerswaal en Boone (2020), *Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*, CPB-achtergronddocument.

groei in de zorgvraag niet aankunnen in verband met onder andere de krappe arbeidsmarkt en te weinig financiële slagkracht. De NVZ doet een dringende oproep aan zorgverzekeraars om bij hun inkoop rekening te houden met de hogere zorgvraag als gevolg van deze maatregel en de onzekerheid over de mate van groei van de zorgvraag.

Samenvatting reacties van belangenverenigingen voor patiënten

Patiëntenfederatie Nederland, Ieder(in), Diabetesvereniging Nederland en MIND hebben gereageerd op de verlaging van het verplicht eigen risico. Alle vier de organisaties verwelkomen de verlaging van het eigen risico als een stap in de goede richting. 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). Deze partijen maken zich zorgen dat de premieverhoging het voordeel van de verlaging deels teniet doet. Zij pleiten voor aanvullende maatregelen om de zorg betaalbaar te houden. 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. Patiëntenfederatie Nederland pleit voor het opnemen van meer zorg in het basispakket (zoals fysiotherapie en mondzorg).

Reactie op de ontvangen opmerkingen

Er wordt wisselend positief en negatief gereageerd op de verlaging van het verplicht eigen risico. Sommige burgers zien de verlaging van het verplicht eigen risico als een 'sigaar uit eigen doos', omdat deze leidt tot een stijging van de nominale premie en een stijging van de IAB. Burgers en bedrijven worden hier echter voor gecompenseerd via een stijging van de zorgtoeslag, en met een verlaging van de inkomstenbelasting en de AOF-premie. Opvallend is dat burgers en partijen verschillend denken over de mate waarin de te verwachte hogere zorgvraag als gevolg van het verlagen 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 verwachte stijging van de zorg noodzakelijke of minder noodzakelijke zorg betreft. Het is daarom ook niet mogelijk om exact de gezondheidswaarde van deze maatregel te bepalen. Tegelijk ligt er voldoende wetenschappelijk bewijs om aan te nemen dat minder mensen zorg uitstellen of hiervan afzien, en dat een groot deel hiervan noodzakelijke zorg betreft. Met name mensen met een lager inkomen en/of lagere gezondheidsvaardigheden stellen relatief vaker zorg uit of zien hiervan af. De verwachting is daarom dat de verlaging van het verplicht eigen risico vooral positieve gezondheidseffecten heeft bij mensen met deze kenmerken. De regering stelt dat met de verlaging van het verplicht eigen risico een betere balans wordt bereikt, waarbij de portemonnee minder leidend is en de toegang tot de zorg gelijkwaardiger wordt. De regering is zich er van bewust dat ook minder mensen zullen afzien van minder noodzakelijke zorg. Zoals hiervoor reeds is aangegeven, wil de regering daarom inzetten op andere betere triage, zodat de medische urgentie een belangrijkere rol speelt bij de toegang tot zorg.

De regering begrijpt de zorgen bij zorgaanbieders over de te verwachten toenemende zorgvraag en de behoefte om hierop te anticiperen in de makro-kaders. In het hoofdlijnenakkoord zijn middelen gereserveerd om de verwachte stijging van de zorgvraag te betalen (zie ook het remgeldeffect onder het kopje budgettaire gevolgen). De verwerking van deze middelen in de kaders is onderdeel van de uitwerking van het aanvullende zorgakkoord.

b. Oordeel Adviescollege toetsing regeldruk

Op 17 december 2024 is een concept van dit wetsvoorstel en deze toelichting aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd. De ATR heeft uitwerking van de gevolgen van dit wetsvoorstel voor de regeldruk getoetst op nut en noodzaak, de mogelijkheid op minder belastende alternatieven, de uitvoering en het in kaart brengen van de gevolgen voor de regeldruk. De ATR heeft het volgende oordeel gegeven: 'het wetsvoorstel niet indienen en het ontwerpbesluit niet vaststellen'.

De ATR stelt dat de probleemstelling en doelstelling van de verlaging van het eigen risico onvoldoende zijn onderbouwd. Het gaat de ATR met name om het ontbreken van duidelijkheid over

de omvang van het (on)gewenst uitstellen of afzien van zorg bij de verschillende doelgroepen en het ontbreken van meetbare doelen.

Naar aanleiding van dit advies zijn de probleemstelling en doelstelling waar mogelijk scherper geformuleerd en onderbouwd. Tegelijk moet worden opgemerkt dat de door de ATR gewenste mate van onderbouwing, en met name de kwantificering daarvan, niet mogelijk is. Hoewel er veel onderzoek beschikbaar is over de relatie tussen het eigen risico en het uitstellen of afzien van zorg, is het onderscheid tussen ongewenste en gewenste zorgmijding heel moeilijk te onderzoeken en kwantificeren.

Over de regeldruk voor de verzekeraars en de zorgaanbieders merkt de ATR weinig op. Met betrekking tot de werkbaarheid voor burgers stelt de ATR dat er een complexiteit is van de samenhangende maatregelen, zoals de verhoging van de zorgtoeslag en verlaging van de inkomstenbelasting. Dit maakt het volgens de ATR voor burgers moeilijker om inzicht te krijgen in hun nieuwe situatie en te begrijpen hoe zij het beste kunnen handelen. Het is bijvoorbeeld de vraag of mensen begrijpen dat zij er door een verlaging van het eigen risico ook op achteruit kunnen gaan (zie hoofdstuk 3). Naar aanleiding van deze punten is het hoofdstuk over de effecten voor regeldruk voor burgers (hoofdstuk 5) uitgebreid. Ook is aangegeven dat er een informatievoorzieningstraject, in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders, opgezet zal worden om verzekerden van de wijzigingen op de hoogte te brengen. De ATR acht het verder zinvol om een doenvermogenstoets te doen om inzichtelijk te maken of de voorgestelde maatregelen te begrijpen en te doen zijn. Deze aanbeveling is niet overgenomen. Ieder kabinet neemt jaarlijks maatregelen die een verschillende uitwerking kunnen hebben op de koopkracht van doelgroepen en individuen. Een individu heeft hier geen invloed op en er wordt dan ook niet ieder jaar een doenvermogenstoets uitgevoerd in verband met de effecten hiervan op de individuele financiële situatie. Met betrekking tot de onderhavige verlaging van het eigen risico en het handelen van burgers is alleen relevant dat hiermee de ervaren financiële drempel voor het verkrijgen van zorg wordt verlaagd. Het enige gevolg voor een verzekerde van gebruik van zorg die onder het verplicht eigen risico valt, is dat de verzekerde per 2027 een maximum bedrag van € 165 zal betalen in plaats van € 385. Burgers hoeven zelf geen actie te ondernemen om aanspraak te maken op het lagere verplicht eigen risico.

8. Gevolgen voor Caribisch Nederland

Het verlagen 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.

9. Inwerkingtreding en communicatie

De beoogde datum van inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel is 1 januari 2027. Het is echter van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel in september 2026 is afgerond en dat de wijziging in september 2026 in het Staatsblad wordt geplaatst. Dat komt omdat het Zorginstituut zorgverzekeraars pas hun vereveningsbijdrage over het jaar 2027 kan toekennen indien het bedrag van het verplicht eigen risico voordien bekend is, en die toekenning dient in oktober 2026 te geschieden. Evenzo kunnen de zorgverzekeraars hun nominale premies alleen uiterlijk 12 november 2026 bekendmaken indien zij dan weten hoe hoog het verplicht eigen risico in 2027 zal zijn.

In het jaar voorafgaand aan de inwerkingtreding zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de verlaging (en tranchering) van het verplicht eigen risico.

II. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I

subonderdeel 1

Met de voorgestelde wijziging van artikel 19, eerste lid, van de Zvw wordt het verplicht eigen risico voor een zorgverzekering van verzekerden van achttien jaar of ouder op € 165 vastgesteld.

subonderdeel 2

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.

subonderdeel 3

In artikel 19, zevende lid, staat dat de indexering, bedoeld in het tweede en derde lid, voor de jaren 2019 tot en met 2026 buiten toepassing blijft. Voorgesteld wordt om de indexatie ook voor de jaren 2027 tot en met 2029 niet toepassing te laten zijn. Het eigen risico wordt voor deze jaren bevroren op € 165.

Artikel II

Zoals in hoofdstuk 9 van het algemeen deel van de toelichting wordt toegelicht, is het van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel in september 2026 is afgerond.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

M. Agema