Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2024–2025

36 679 Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering in 2026 ongewijzigd te laten

Nr. 3 **MEMORIE VAN TOELICHTING**

I. Algemeen deel

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 wordt 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.[2, 3] Ook wil het kabinet het verplicht eigen risico per 2027 trancheren op een bedrag van maximaal € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg.[4] 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).»

Het bevriezen van het verplicht eigen risico op € 385 in 2025 is al geregeld.[5] Met voorliggend wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico ook in 2026 bevroren op € 385. Zonder dit wetsvoorstel zou het verplicht eigen risico per 2026 moeten worden geïndexeerd tot naar verwachting € 400. In artikel 19 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is namelijk

[1] Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36 471, nr. 37.
[2] Hoofdstuk 6 van bijlage «Hoofdlijnenakkoord, HOOP, LEF EN TROTS» bij Kamerstukken II 2023/24, 36 471, nr. 37.
[3] «Budgettaire bijlage hoofdlijnenakkoord», bijlage bij Kamerstukken II, 2023/24, 36 471, nr. 37.
[4] Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).
[5] Stb. 2022, 327 en 347.

kst-36679-3
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2025

vastgelegd dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

2. Hoofdlijnen van de voorstellen ten aanzien van het verplicht eigen risico

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). De kosten van de Zvw worden ongeveer voor de helft gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en voor de andere helft uit nominale premies, opbrengsten van eigen betalingen, waaronder het eigen risico, een premievervangende rijksbijdrage voor jongeren en een bijdrage uit het Ouderdomsfonds.[6] De overheid betaalt bovendien een zorgtoeslag aan huishoudens met lage en middelhoge inkomens als gedeeltelijke compensatie voor de kosten van de nominale premie en het (gemiddelde) verplicht eigen risico. De IAB en de zorgtoeslag zijn afhankelijk van de hoogte van het inkomen en zorgen dus voor inkomenssolidariteit. Ook aan de rijksbijdrage voor jongeren en de bijdrage uit het Ouderdomsfonds betalen mensen met een hoger inkomen meer mee dan mensen met een lager inkomen. 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.

Het verplicht eigen risico 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 stimuleert mensen bewuster na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor gebruiken sommige verzekerden minder zorg, wat leidt tot een besparing van zorgkosten en tot lagere premies. Dit wordt het remgeldeffect genoemd. Het eigen risico draagt zo bij aan de betaalbaarheid van de Nederlandse zorg. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers neer te leggen, wordt tevens beoogd om draagvlak te behouden voor de, zoals hierboven beschreven, hoge mate van inkomens- en risicosolidariteit in de Zvw. Echter, het eigen risico kan als een te hoge financiële drempel ervaren worden voor mensen die zorg nodig hebben, zeker als ze moeite hebben met rondkomen. Daardoor zoeken ze mogelijk niet of te laat medisch noodzakelijke zorg op. Het vaststellen van de *hoogte* van het verplicht eigen risico is daarmee een afweging tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid van zorg.

De regering zoekt naar een andere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid, omdat de huidige hoogte van het eigen risico mogelijk een te hoge financiële drempel opwerpt voor gelijkwaardigere en tijdige toegang tot zorg voor iedereen. De regering maakt zich in het bijzonder zorgen om de (ervaren) financiële toegankelijkheid van zorg

[6] Art. 45, vierde lid, Zvw juncto art. 5.5 Regeling zorgverzekering.

voor mensen die veel zorg nodig hebben (zoals langdurig en chronisch zieken) en mensen met een zorgvraag die moeite hebben om rond te komen.

Daarnaast is dit kabinet van plan het verplicht eigen risico ook slimmer vorm te geven door vanaf 2027 een maximumbedrag van € 50 per behandelprestatie te introduceren voor medisch-specialistische zorg. Dit betekent dat mensen bij gebruik van medisch-specialistische zorg minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico van € 165 zullen hoeven te betalen. Voorts verwacht het kabinet dat mensen door deze tranchering na een eerste onderzoek of behandeling gestimuleerd zullen worden om – indien de noodzaak van (verdere) behandeling niet evident is – na te denken of een volgend gebruik van zorg passend en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel en minder vaak hun volledige verplicht eigen risico vol maken en voor elke extra behandeling opnieuw € 50 moeten betalen (tot een maximum van € 165).

Zowel de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 als de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vergen nadere uitwerking. Ook zal de Europese Commissie haar oordeel moeten geven over de voorgenomen forse verlaging van het verplicht eigen risico, aangezien de bekostiging van de zorg hierdoor niet alleen met een verhoging van de zorgpremie maar ook met extra staatsmiddelen opgevangen zal worden. Daarom is het streven deze maatregelen met ingang van 1 januari 2027 te introduceren. De regering wil echter voorkomen dat de hoogte van het verplicht eigen risico tot 2027 stijgt naar een bedrag van (naar verwachting) € 400 in 2026. Zoals in de inleiding is aangegeven, geldt reeds dat het eigen risico in 2025 gelijk is aan dat van 2024. Met dit wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico van de zorgverzekering ook in 2026 gehandhaafd op het bedrag van € 385 per jaar per verzekerde van 18 jaar of ouder. Bovendien zet de regering financiële middelen (€ 2,5 miljard) in voor lastenverlichting in 2025 en 2026, dat wil zeggen in aanloop naar de verlaging van het eigen risico. Ten slotte wil de regering 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 AOF-premie.

3. Gevolgen voor burgers

Indien het verplicht eigen risico voor het jaar 2026 niet bevroren zou worden, zou het verplicht eigen risico in dat jaar naar verwachting € 400 per volwassen verzekerde bedragen. Door het onderhavige wetsvoorstel wordt het verplicht eigen risico bevroren op een bedrag van € 385.

a. Begrijpelijkheid en doenvermogen
   De hoogte van het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385. Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat de hoogte van het verplicht eigen risico ook in 2026 € 385 blijft. Het wetsvoorstel heeft daarom geen gevolgen voor de begrijpelijkheid en het doenvermogen van burgers.
b. Financiële effecten burgers
   De financiële effecten op jaarbasis van de bevriezing van het verplicht eigen risico zijn voor burgers als volgt:
   - Nominale premie:
     - Zorgverzekeraars ontvangen naar verwachting € 110 miljoen minder uit het verplicht eigen risico dan zij zonder bevriezing zouden ontvangen. Hierdoor zullen zij de nominale premie hoger vast moeten stellen. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover lagere opbrengsten uit verplicht eigen risico staat een hogere nominale premie. Naar verwachting gaat het om een

verhoging van de nominale premie met ongeveer € 7 per verzekerde[7] per jaar.
    - De maatregel leidt ook tot een toename van zorgkosten door een kleiner remgeldeffect. Dit effect heeft – vanwege de zogeheten 50/50-verdeling[8] – een verhogend effect op zowel de inkomensafhankelijke bijdrage[9] als op de nominale premie. De nominale premie moet hierdoor ongeveer € 5 per verzekerde per jaar stijgen.
    - Per saldo gaat het derhalve om een hogere nominale premie van (€ 7 + € 5 =) € 12 per verzekerde per jaar.
- Verplicht eigen risico
    - Verzekerden betalen in 2026 € 110 miljoen minder verplicht eigen risico. Dat is gemiddeld € 7 minder per verzekerde per jaar.[10]
- 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 gelijk aan de gemiddelde nominale premie voor een verzekerde voor een zorgverzekering in het berekeningsjaar, vermeerderd met het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt.[11]
    - Zoals beschreven onder «Nominale premie» stijgt de nominale premie in totaal met € 12 per verzekerde per jaar en daalt het gemiddelde verplicht eigen risico met € 7 per verzekerde per jaar. Hierdoor gaan ook de standaardpremie en de zorgtoeslag met € 5 per verzekerde omhoog.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de financiële effecten per verzekerde. Hierbij wordt uitgegaan van de situatie in 2026. Uit de tabel blijkt dat de maatregel een gunstig effect heeft voor verzekerden die hun verplicht eigen risico vol maken. Naar schatting maakt 50% van de verzekerden het verplicht eigen risico van de zorgverzekering vol. Voor hen kan het bevriezen van het verplicht eigen risico dus voordelig uitbpakken. Verzekerden die het verplicht eigen risico niet vol maken, gaan er (door de verhoging van de nominale premie) op achteruit. Met dit wetsvoorstel wordt de risicosolidariteit in de Zvw in beperkte mate versterkt doordat kosten verschuiven van mensen met hoge zorgkosten naar mensen met lage zorgkosten.

---

[7] Waar hier «verzekerde» staat, wordt steeds de verzekerde van achttien jaar of ouder bedoeld. Voor de zorgverzekering van verzekerden jonger dan achttien jaar gelden geen nominale premies of eigen risico.

[8] In artikel 45, vierde lid, van de Zvw in verbinding met artikel 5.5 van de Regeling zorgverzekering is vastgelegd dat evenveel inkomsten worden gegenereerd via de IAB als via de nominale premie, de eigen betalingen, de rijksbijdrage kinderen en de bijdrage uit het Ouderdomsfonds samen; de zogenaamde 50/50-verdeling.

[9] De lasten voor werkgevers stijgen, net als de nominale premie, met gemiddeld € 5 per verzekerde per jaar.

[10] Een verzekerde betaalt gemiddeld € 7 per jaar minder eigen risico. Dat is echter een gemiddelde; de effecten kunnen per persoon verschillen. Dit wordt verder uitgewerkt in de tabel met financiële effecten op de volgende pagina.

[11] Artikel 4 van de Wet op de zorgtoeslag.

De financiële effecten van het wetsvoorstel voor vier verschillende groepen burgers (in 2026)

Type verzekerde	Effect verplicht eigen risico	Effect nominale premie	Effect zorgtoeslag	Totaal effect
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 15	– € 12	€ 5	€ 8
Verplicht eigen risico volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 15	– € 12	€ 0	€ 3
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt zorgtoeslag	€ 0	– € 12	€ 5	– € 7
Verplicht eigen risico niet volledig betaald en ontvangt geen zorgtoeslag	€ 0	– € 12	€ 0	– € 12

Een positief bedrag is een voordeel voor de verzekerde en een negatief bedrag een nadeel.

De weergegeven financiële effecten betreffen alleen de bevriezing van het verplicht eigen risico. De raming van de 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 nominale premie voor de basisverzekering vast in november. Ook behouden zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico als sturingsinstrument in te zetten en een vrijwillig eigen risico (van maximaal € 500) aan te bieden.

4. Uitvoering en regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt geregeld dat de hoogte van het verplicht eigen risico in 2026 gelijk blijft. Een dergelijke wetswijziging waarbij de hoogte van het verplicht eigen risico wordt bevroren, heeft drie keer eerder plaatsgevonden. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt in dit wetsvoorstel bovendien niet gewijzigd. Het wetsvoorstel heeft dan ook geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers of zorgverzekeraars, behoudens eenmalige kennisnemingskosten. Deze conclusie is voorgelegd aan Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en zij kon zich hier in vinden.

Het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

5. Budgettaire gevolgen

In de onderstaande tabel staan de budgettaire effecten van het bevriezen van de hoogte van het verplicht eigen risico op € 385 in 2026. Deze budgettaire effecten zijn relevant voor het uitgavenkader. Dit hoofdstuk richt zich op de macro budgettaire effecten. De budgettaire effecten op individueel niveau worden besproken in hoofdstuk 3.

Budgettaire effecten in € mln.	**2026**
Derving opbrengsten eigen risico (financieringseffect)	110
Extra zorguitgaven (remgeldeffect)	152
Totaal uitgaven	**262**

Een positief bedrag is intensivering.

Het bevriezen van het verplicht eigen risico op € 385 heeft twee effecten, een financieringseffect en een remgeldeffect. Het financieringseffect houdt in dat de opbrengsten onder het verplicht eigen risico naar verwachting met € 110 miljoen dalen ten opzichte van de situatie waarin het eigen risico geïndexeerd zou worden tot € 400. Het remgeldeffect houdt in dat verzekerden naar verwachting meer zorg zullen gebruiken bij

een lager te betalen verplicht eigen risico. Naar verwachting zullen de zorguitgaven daardoor met € 152 miljoen stijgen. Het gedragseffect is gebaseerd op eerdere berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB) op basis van hun microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.[12] De totale budgettaire effecten voor het uitgavenkader zijn daarmee naar verwachting € 262 miljoen in 2026. Er is ook doorwerking op de lasten. Naar verwachting nemen de zorgpremies toe met € 234 miljoen (lastenverzwaring) en de uitgaven aan de zorgtoeslag nemen € 27 miljoen toe (lastenverlichting). In het hoofdlijnenakkoord is compenserende lastenverlichting opgenomen via de inkomstenbelasting en de AOF ter compensatie van de gestegen zorgpremies.

De tabel presenteert alleen de effecten voor 2026. Een bevriezing in 2026 leidt ook tot een structureel lager verplicht eigen risico in latere jaren. In het hoofdlijnenakkoord is echter aangekondigd dat het verplicht eigen risico in 2027 verder verlaagd wordt naar € 165. Daarmee zijn de afspraken in het hoofdlijnenakkoord voor 2027 leidend voor de hoogte van het verplicht eigen risico. De gevolgen voor 2027 en verder worden besproken in het wetsvoorstel waarin de verlaging naar € 165 in 2027 zal worden geregeld.

6. Advies en consultatie

Er is gekozen om dit wetsvoorstel niet voor internetconsultatie uit te zetten. De regering vindt deze keuze gerechtvaardigd gezien het zeer eenvoudige karakter van het wetsvoorstel en het feit dat dit de vierde keer is dat het verplicht eigen risico bevroren wordt.

7. Gevolgen voor Caribisch Nederland

De bevriezing van het verplicht eigen risico heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. De Zvw regelt een verplichte zorgverzekering voor mensen die, kortweg, in Nederland wonen of loonbelasting 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.

8. Inwerkingtreding en communicatie

De beoogde datum van inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel is 1 januari 2026. Het is echter van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel in september 2025 is afgerond en dat de wijziging in september 2025 in het Staatsblad wordt geplaatst. Dat komt omdat het Zorginstituut zorgverzekeraars pas hun vereveningsbijdrage over het jaar 2026 kan toekennen indien het bedrag van het verplicht eigen risico voordien bekend is, en die toekenning dient in oktober 2025 te

[12] 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 Nederlandse bevolking in kaart hebben gebracht maar bijvoorbeeld ook de situatie in de Verenigde Staten. Zie voor een toelichting van de gedragseffecten van het eigen risico CPB (2020), Zorgkeuzes in Kaart, Den Haag en Remmerswaal en Boone (2020), https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf, Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB-achtergronddocument.

geschieden. Evenzo kunnen de zorgverzekeraars hun nominale premies alleen uiterlijk 12 november 2025 bekendmaken indien zij dan weten hoe hoog het verplicht eigen risico in 2026 zal zijn.

In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de maatregel.

II. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I

Artikel 19, eerste lid, van de Zvw bepaalt dat het verplicht eigen risico voor een zorgverzekering van verzekerden van achttien jaar of ouder € 385 is. Het tweede lid van dat artikel verplicht tot jaarlijkse indexering van dat bedrag, en het derde lid regelt hoe het na indexering verkregen bedrag wordt afgerond op een veelvoud van € 5.

In artikel 19, zevende lid, staat dat de indexering, bedoeld in het tweede en derde lid, voor de jaren 2019 tot en met 2025 buiten toepassing blijft. Voorgesteld wordt om deze uitzondering te verlengen met het jaar 2026. Aldus zal het eigen risico ook voor het jaar 2026 bevroren worden op € 385.

Artikel II

Om te voorkomen dat het bedrag van het verplicht eigen risico met ingang van 1 januari 2026 wordt geïndexeerd, dient deze wet uiterlijk met ingang van die datum in werking te treden. Zoals in hoofdstuk 8 van het algemeen deel van de toelichting wordt toegelicht, is het echter van belang dat de parlementaire behandeling van dit wetsvoorstel in september 2025 is afgerond.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema