Adviescollege toetsing regeldruk

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mevrouw drs. S.Th.M. Hermans
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Onze referentie
/ATR4443/2026-U051

Uw referentie

Datum
8 april 2026

Onderwerp
Verhoging en tranchering eigen risico

Geachte mevrouw Hermans,

Op 1 april 2026 is 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* aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd.

Het college onderkent het belang van een toekomstbestendige zorg. Dit advies vormt geen oordeel over de wenselijkheid van het nemen van de beschreven maatregelen, maar over de kwaliteit van de onderbouwing van deze maatregelen. Daarnaast constateert het college dat de toelichtingen er ten onrechte vanuit gaan dat de onderhavige voorstellen alleen een wijziging van een aantal parameters betreffen ten opzichte van de voorstellen die vorig jaar voorlagen met betrekking tot de verlaging en tranchering van het eigen risico. Het doel van de onderhavige voorstellen is immers wezenlijk anders, waardoor ook de gevolgen voor de regeldruk anders kunnen worden gewaardeerd.

Context

De Zorgverzekeringswet kent sinds 2008 een verplicht eigen risico. Een verzekerde betaalt in 2026 de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf. Dat geldt voor de in nadere regelgeving benoemde kosten. Zorgkosten boven € 385,- worden vergoed door de zorgverzekeraar. Het bedrag van € 385,- is sinds 2016 gelijk gebleven. Het verplicht eigen risico heeft verschillende doelen:

- Medefinanciering: zorggebruikers betalen zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten, waardoor de premies voor alle verzekerden lager kunnen blijven.

Contact:
Postbus 16228
2500 BE DEN HAAG
Bezoekadres: Rijnstraat 50
2515 XP DEN HAAG
info@atr-regeldruk.nl
www.adviescollegeregeldruk.nl
Tel: 070-310 86 66

- Kostenbewustzijn en zogenaamd remgeldeffect: verzekerden worden zich bewuster van de kosten voor zorg. Verzekerden worden namelijk gestimuleerd na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden.
- Draagvlak voor solidariteit: het eigen risico vraagt wat extra aan de mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de zorg. Dit draagt bij aan het behoud van het draagvlak voor de hoge mate van risico- en inkomenssolidariteit.

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

- Het vooruitzicht van een rekening van € 385,- kunnen mensen als een hoge drempel ervaren en kan ertoe leiden dat zij afzien van (noodzakelijke) zorg.
- Als mensen al na het eerste consult bij een medisch specialist direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren om bewust bezig te zijn met hun zorggebruik. Het remgeldeffect valt dan dus al na één behandeling (en mogelijk al vroeg in het jaar) weg.

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

Inhoud wetsvoorstel en ontwerpbesluit

Het wetsvoorstel heeft tot doel het kostenbewustzijn (remgeldeffect) te vergroten en het eigen risico weer mee te laten bewegen met de ontwikkeling van de zorguitgaven en daarmee het zorggebruik en de zorguitgaven af te remmen. Hiertoe wordt het eigen risico per 2027 weer geïndexeerd en (vervolgens) in 2027 verhoogt met € 60,-. In 2027 komt het eigen risico daarmee uit op ongeveer € 455,-.

De tranchering moet per 2028 in werking treden. De tranchering beoogt de genoemde twee nadelen van de huidige vormgeving van het eigen risico per 2028 zo veel als mogelijk weg te nemen. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 470,-[1] naar maximaal € 150,- per zorgvraag, wordt de financiële drempel voor een behandeling verlaagd. Tegelijkertijd verlengt de maatregel het effect van het eigen risico op het kostenbewustzijn, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt. Het moet burgers stimuleren na een eerste onderzoek of behandeling langer na te denken of een beoogde behandeling (op het gegeven moment) passend en nodig is.

Toetsingskader

ATR beoordeelt de regeldrukgevolgen aan de hand van het volgende toetsingskader:

1. Nuloptie (nut en noodzaak): is er een taak voor de overheid en is wetgeving het meest aangewezen instrument?

[1] Het verwachte geïndexeerde eigen risico in 2028.

2. Zijn er minder belastende alternatieven mogelijk?
3. Is gekozen voor een uitvoeringswijze die werkbaar is voor de doelgroepen die de wetgeving moeten naleven?
4. Zijn de gevolgen voor de regeldruk volledig en juist in beeld gebracht?

1. Nut en noodzaak

Het maatschappelijke probleem dat (mede) met de voorstellen zou moeten worden opgelost is duidelijk. De toelichting bij het wetsvoorstel onderbouwt in kwalitatieve en kwantitatieve zin voldoende dat de houdbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk staat. De zorguitgaven stijgen en tegelijkertijd is er groot personeelstekort. De toelichting beschrijft dat het uitgangspunt van het eigen risico is dat het meestijgt met de zorgkosten. Dit is echter sinds 2018 niet gebeurd, waardoor het eigen risico sinds 2016 € 385,- bedraagt.[2] Hierdoor zijn volgens de toelichting de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers en het reële remgeldeffect structureel afgenomen. (De huidige vormgeving van) het eigen risico heeft daarnaast de twee eerdergenoemde nadelen. Het werpt een financiële drempel op die tot ongewenste zorgmijding kan leiden en het remgeldeffect valt vaak al na één behandeling weg. In de toelichting is beschreven dat zorgmijding om financiële redenen steeds minder voorkomt. Waar dit in 2016 nog ongeveer 16% was, was dit in 2025 nog maar 6%. In hoeverre het eigen risico leidt tot ongewenste dan wel gewenste zorgmijding is niet duidelijk. Uit onderzoek zou alleen blijken dat zorgmijding een gevolg is van het eigen risico. Het college constateert dat de voorgestelde maatregelen goed teruggrijpen op de problematiek, maar dat het aspect van ongewenste zorgmijding een kwetsbaar punt blijft. Zeker gelet op de doelstelling van de voorstellen om (zorggebruik en daarmee) zorguitgaven af te remmen en het in het coalitieakkoord genoemde bredere doel om in te zetten op een toekomstbestendig zorgstelsel. Het college merkt op dat ongewenste zorgmijding nu, kan leiden tot hogere zorguitgaven later. De toelichting erkent dit ook, maar beschrijft dat weinig bekend is over de balans tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. De toelichting koppelt hier geen gevolg aan en wekt daarbij de indruk dit als voldongen feit aan te nemen. Het college acht van belang inzicht te bieden in hoe ongewenste zorgmijding zo veel mogelijk in beeld wordt gebracht gelet op de onzekerheid in welke mate ongewenste zorgmijding zal optreden, het risico op daarmee gepaard gaande hogere zorguitgaven in de toekomst en de mogelijkheid op tijdige bijsturing.[3]

1.1 Het college adviseert in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht.

2. Minder belastende alternatieven

In de toelichtingen zijn een aantal mogelijk minder belastende alternatieven beschreven waarvoor niet is gekozen. Zo is in de toelichting bij het wetsvoorstel beschreven dat is overwogen om een gerichtere inzet van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten in te voeren. Dit blijkt in de praktijk echter niet uitvoerbaar omdat geen eenduidige definitie van deze

[2] In 2017 was de ontwikkeling van de zorguitgaven zodanig, dat er geen indexatie hoefde plaats te vinden.
[3] Zie ook de toezeggingen die de minister van VWS heeft gedaan tijdens het debat over de begroting voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 maart 2026, zoals dat bij de uitwerking van de voorstellen *"we het vraagstuk van zorgmijding en het effect op zorgmijding heel goed in de gaten houden"*.

groepen te geven zou zijn. Ook zou een inkomensafhankelijk eigen risico zijn overwogen. De toelichting beschrijft dat hiervoor niet is gekozen omdat deze variant grote risico's en lasten kent door de complexiteit en de toename van uitvoeringskosten. Er is daarom gekozen voor een generieke maatregel waarbij kwetsbare groepen gerichte financiële ondersteuning wordt geboden. Bij het ontwerpbesluit is toegelicht dat alternatieven voor de tranchering zijn overwogen die begrijpelijker zijn voor burgers, zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of zorgvraag. Deze alternatieven blijken in de praktijk echter complexer te zijn en ingrijpende wijzigingen in de uitvoering te vragen. Er is daarom voor gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek. Daarnaast benadrukt de toelichting bij het ontwerpbesluit dat bewust is gekozen voor een tranchering van het eigen risico voor medisch specialistische hulp en niet voor alle zorg onder de Zorgverzekeringswet. De toelichting stelt daarbij dat een tranchering van het eigen risico voor alle vormen van zorg ook niet per se begrijpelijker zou zijn, gelet op de verschillen per zorgsector in bekostigingssystematiek en prestaties. Het college acht deze beschreven alternatieven voldoende onderbouwd. Gelet op de politieke en maatschappelijke gevoeligheid van het thema eigen risico, geeft het college in overweging een volledig beeld te geven van de mogelijk minder belastende alternatieven die zijn onderzocht en inzicht te geven op grond van welke inhoudelijke overwegingen niet voor die alternatieven is gekozen.

3. Werkbaarheid

Volgens de toelichtingen kennen de verhoging en de tranchering van het eigen risico een onderlinge afhankelijkheid. Beide zijn nodig om de zorguitgaven te doen dalen en de zorg tegelijkertijd toegankelijk te houden. Het college merkt op dat de voorstellen daarbij leunen op de aannamen dat burgers in staat zijn te doorgronden hoe het nieuwe systeem werkt en welke situatie voor hen geldt en (vervolgens) rationele, kostenbewuste keuzes kunnen maken in hun zorggebruik. De combinatie van een verhoogd eigen risico en een tranchering, maakt het systeem aanzienlijk ingewikkelder ten opzichte van de huidige systematiek (die al complex is). Hierdoor bestaat het risico dat de veronderstelde (gewenste) gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd. Als burgers de tranchering niet goed begrijpen, bestaat de kans dat de beoogde verlenging van het remgeldeffect niet zal plaatsvinden óf dat mensen vaker ongewenst zorg zullen mijden. Dit geldt temeer nu de verhoging van het eigen risico een jaar eerder ingaat dan de tranchering, waardoor de financiële drempel tot zorg in dat eerste jaar aanzienlijk wordt verhoogd. Het college acht een voldoende begrip van de veranderende situatie en nieuwe systematiek een noodzakelijke randvoorwaarde om de geformuleerde beleidsdoelen te verwezenlijken. In de toelichting bij het ontwerpbesluit is hierover opgenomen dat er een gerichte informatievoorziening zal zijn om burgers bekend te maken met de tranchering. Deze informatievoorziening wordt in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders opgezet. Daarbij worden volgens de toelichting verschillende doelgroepen betrokken ter bevordering van de begrijpelijkheid. In de toelichting bij de verhoging van het eigen risico is alleen in het algemeen opgenomen dat een gerichte informatievoorziening zal plaatsvinden. Het college adviseert in de toelichtingen inzichtelijk te maken of de maatregelen werkbaar (doenlijk) zijn voor alle doelgroepen, bijvoorbeeld met behulp van een doenvermogentoets.[4] De resultaten van die toets vormen vervolgens ook een goede basis voor de gerichte informatievoorziening van beide voorstellen. Het belang van een doenvermogentoets geldt in het onderhavige geval in het bijzonder omdat voor de voorstellen (door politieke spoed) geen internetconsultatie is opengesteld.

[4] Een soortgelijk adviespunt is ook opgenomen bij het eerdere ATR-advies over de verlaging en tranchering van het eigen risico. Zie Verlaging eigen risico zorg onvoldoende onderbouwd | Adviescollege toetsing regeldruk.

3.1 Het college adviseert in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogentoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn en om opgedane inzichten te gebruiken voor de gerichte informatievoorziening.

Het risico dat de veronderstelde (gewenste) gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd, gelden in bijzonder voor financieel kwetsbare burgers en chronisch zieken en gehandicapten die het eigen risico niet als prikkel ervaren maar als een obstakel dat hen van noodzakelijke zorg afhoudt. De toelichting erkent dit in algemene zin ook en beschrijft dat de (gewenste) werking van het eigen risico "*staat of valt bij goed flankerend beleid*"[5]. De toelichting benoemt daartoe de bestaande gerichte compensatie via de zorgtoeslag, gemeentelijke regelingen en de mogelijkheid tot gespreide betaling. Daarnaast is in het coalitieakkoord afgesproken (niet specifiek in relatie tot het eigen risico) te "*willen werken aan een betere en gelijkgerichtere inzet van gemeentelijke regelingen*"[6]. Ook is het kabinet volgens de toelichting voornemens te spreken met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, bij wie de maatregelen cumuleren, wat het effect is op het besteedbaar inkomen en hoe gerichte financiële ondersteuning kan worden geboden. Het college acht deze coalitieplannen positief voor de werkbaarheid, maar constateert dat de beschreven voornemens tegelijkertijd nog weinig concreet zijn. Onduidelijk is bijvoorbeeld wanneer deze analyse gaat plaatsvinden, of de gerichte financiële ondersteuning gelijktijdig met de inwerkingtreding van de verhoging van het eigen risico plaats kan vinden, hoe ervoor wordt gezorgd dat deze doelgroepen weten dat ze aanspraak kunnen maken op deze ondersteuning en deze ondersteuning ook begrijpen als een tegemoetkoming in de zorgkosten. Dit is van belang omdat de toelichting benadrukt dat het juist voor o.a. financieel kwetsbare burgers essentieel is dat de drempel per behandeling beheersbaar blijft (en de tranchering pas een jaar later in werking treedt).

3.2 Het college adviseert in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de voornemens van het kabinet (met name ten aanzien van de stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen) te concretiseren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze kwetsbare groepen (al in 2027) te realiseren.

In de toelichtingen is de werkbaarheid voor bedrijven voldoende beschreven. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt met de verhoging niet gewijzigd. De tranchering in het ontwerpbesluit vergt van zorgverzekeraars dat zij hun ICT-systemen, administratie en informatievoorziening aanpassen. Verder zal vooral voorafgaande aan de inwerkingtreding van de tranchering en in het eerste jaar rekening moeten worden gehouden met meer vragen van burgers. Zorgaanbieders zullen vooral in het eerste jaar rekening moeten houden met meer vragen van burgers. Aannemelijk is dat zij hiertoe voldoende in staat zijn. De werkbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders geeft daarom geen aanleiding tot opmerkingen.

[5] Memorie van Toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel (MvT), p.7.
[6] Mvt, p. 9.

4. *Gevolgen regeldruk*

De toelichting op het wetsvoorstel beschrijft voldoende dat geen sprake is van structurele regeldrukgevolgen voor burgers. De systematiek van het eigen risico wijzigt niet en van burgers worden geen (aanvullende) handelingen verwacht. De eenmalige kennisnemingskosten zijn geraamd op € 8,2 miljoen. De toelichting beschrijft dat burgers moeten kennisnemen van de verhoging en voor hun eigen situatie in kaart moeten brengen wat de verhoging en daarmee samenhangende effecten met betrekking tot de nominale premie en zorgtoeslag betekent. Deze kosten van € 8,2 miljoen komen het college laag voor gelet op het feit dat in de toelichting is uitgegaan van 14,8 miljoen burgers.[7] Daarnaast is aannemelijk dat burgers meer tijd nodig hebben om de voorgestelde verhoging te begrijpen na het voornemen van het vorige kabinet om het eigen risico te verlagen. De kosten zijn echter niet onderbouwd en daarmee dus ook niet goed te beoordelen. Dit behoeft dus aanvulling.

4.1 Het college adviseert in de toelichting bij het wetsvoorstel de eenmalige kennisnemingskosten voor burgers nader te onderbouwen en volledig in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek.

De toelichting bij het wetsvoorstel vermeldt dat er slechts zeer beperkte gevolgen voor de regeldruk zijn voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De hoogte van het eigen risico is al eens eerder gewijzigd en de systematiek van het eigen risico verandert niet. Anders dan voor burgers zullen de eenmalige kennisnemingskosten voor bedrijven beperkt zijn. De beschrijving ervan geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

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

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

Het college merkt op dat – mede gelet op de reacties in de internetconsultatie bij de voorstellen tot verlaging en tranchering van het eigen risico vorig jaar – de regeldrukgevolgen voor burgers en de regeldrukgevolgen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders met betrekking tot vragen van burgers (ook hier) een onderschatting lijken. Het college adviseert de regeldrukkosten voor burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders opnieuw te berekenen, op basis van bijvoorbeeld de resultaten van de geadviseerde doenvermogentoets.

[7] De toelichting beschrijft dat 7,5 miljoen burgers er door de verhoging op vooruitgaan en 7,3 er op achteruit gaan.

4.2 Het college adviseert in de toelichting bij het ontwerpbesluit de regeldrukgevolgen voor burgers en de regeldrukgevolgen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders met betrekking tot vragen van burgers onderbouwd in kaart te brengen (bijvoorbeeld op basis van de resultaten van een doenvermogentoets) conform de Rijksbrede methodiek.

Dictum

Gelet op bovengenoemde bevindingen is het eindoordeel ten aanzien van dit voorstel:

Indienen / vaststellen nadat met de adviespunten rekening is gehouden.

Het college benadrukt bij dit dictum groot belang te hechten aan de opvolging van de adviespunten. In het bijzonder geldt dit voor de adviespunten met betrekking tot de werkbaarheid voor burgers (adviespunten 3.1 en 3.2).

In de verwachting u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Hoogachtend,