

Vergaderjaar 2025–2026

36 943

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

Nr. 4

ADVIES AFDELING ADVISERING RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State d.d. 13 mei 2026 en het nader rapport d.d. 11 mei 2026, aangeboden aan de Koning door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State is cursief afgedrukt.

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

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

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

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

Ook wordt een tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028 aangekondigd. Dit houdt in dat per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg maximaal € 150 in rekening wordt gebracht. Deze tranchering is niet in het voorliggende

¹ Artikel 19, zevende lid, Zorgverzekeringswet.

voorstel opgenomen en zal worden geregeld in een wijziging van het Besluit zorgverzekering.

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

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

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

De Afdeling wijst er verder op dat voor het flankerend beleid onder meer wordt verwezen naar de mogelijkheden van gemeenten om maatwerk te leveren. Daarbij worden verwachtingen gewekt over wat gemeenten in algemene zin voor bepaalde groepen verzekerden kunnen betekenen. Niet duidelijk wordt of gemeenten deze verwachtingen waar zullen kunnen maken, welke mogelijke gevolgen dit voorstel heeft voor gemeenten en of daarover overleg met gemeenten heeft plaatsgevonden.

In verband daarmee is aanpassing van de toelichting wenselijk.

1. Balans medefinanciering en premiefinanciering

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

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

² Memorie van toelichting, paragraaf 2.

³ Memorie van toelichting, paragraaf 1.

⁴ Memorie van toelichting, paragraaf 1 en 2.

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

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

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

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

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

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

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

In artikel 19, tweede en derde lid, van de Zvw is bepaald dat het verplicht eigen risico wordt geïndexeerd overeenkomstig de verwachte toename van de zorgkosten in het jaar waarvoor het eigen risico zal gelden en het daaraan voorafgaande jaar. Het verplicht eigen risico groeit dus mee met de zorgkosten. Hetzelfde geldt voor de risicovereveningsbijdragen en de geraamde gemiddelde nominale premie.⁷ Indien het verplicht eigen risico

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

⁶ Memorie van toelichting paragraaf 3, onder b.

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

daadwerkelijk ieder jaar zou wordt geïndexeerd, blijf de verhouding tussen dat eigen risico en de (gemiddelde) nominale premie derhalve gelijk.

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

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

2. Flankerend beleid door gemeenten

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

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

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

Gemeenten wordt gewezen op hun verantwoordelijkheid voor maatwerk voor kwetsbare cliënten.

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

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

⁸ *memorie van toelichting, paragraaf 3, onder b en d.*

*wat daarvan de uitkomst is. Dat is wel nodig, nu het voorstel de interbestuurlijke verhoudingen raakt.*⁹

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

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

Terecht merkt de Afdeling advisering op dat voorliggend wetsvoorstel kan leiden tot een stijgend beroep op deze instrumenten. Zoals in paragraaf 2d van de memorie van toelichting is aangegeven, wordt op dit moment geanalyseerd welke gevolgen diverse maatregelen uit het coalitieakkoord en de samenloop daarvan kunnen hebben voor het besteedbaar inkomen van mensen in een kwetsbare positie (zowel vanwege gezondheid als financiële situatie).¹⁰ De indexering, verhoging en tranchering van het verplicht eigen risico maken onderdeel uit van de te bestuderen maatregelen. Het totaal aan maatregelen in de zorg en de sociale zekerheid kan forse consequenties hebben voor burgers. Het is daarom niet ondenkbaar dat ook gemeenten een rol zullen hebben in het beleid om burgers te ondersteunen bij deze gevolgen. Indien dit het geval is, zal het kabinet met de VNG en gemeenten in gesprek gaan over de vormgeving van deze ondersteuning.

De memorie van toelichting is overeenkomstig het voorgaande verduidelijkt.

3. Tranchering

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

De Afdeling merkt op dat dit betekent dat de budgettaire opbrengst van de voorgestelde verhoging van het verplichte eigen risico zal afnemen met de voorgenomen tranchering. Als gevolg daarvan zal de zorgpremie in 2028 weer stijgen en de voorziene lastenverlichting gedeeltelijk weer teniet worden gedaan.

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

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

¹¹ Memorie van toelichting, paragraaf 3, onder e.

¹² Idem.

Chronisch zieken zullen geen baat hebben bij de tranchering, omdat zij het bedrag van het verplicht eigen risico toch vol zullen maken.

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

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

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

4. Overige opmerkingen

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

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

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

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

¹⁴ Memorie van toelichting, paragrafen 4 en 7.

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

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

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

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

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

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