

Beleidskompasformulier voor internetconsultatie

Titel:

(Vul hier de publicatietitel van de internetconsultatie in)

Verlaging verplicht eigen risico naar € 165 vanaf 2027

∞ Wie zijn belanghebbenden en waarom?

Hulpvragen

- Wie zijn direct of indirect belanghebbenden bij het betreffende vraagstuk?

- Burgers. Met name verzekerden die meer dan 165 euro aan zorgkosten hebben. Zij zullen door de maatregel mogelijk een lager bedrag aan eigen risico betalen.
- Zorgverzekeraars. Zij innen het eigen risico en zullen hun verzekerden uitleg geven over het eigen risico.
- Zorgaanbieders. Naar verwachting zullen de maatregelen tot meer zorgvraag leiden.
- Gemeenten: Veel gemeenten bieden een tegemoetkoming voor het eigen risico of betalen mee met de gemeentepolis waarin het eigen risico vaak is herverzekerd.

- Wie beschikken er over relevante kennis over en ervaring met het vraagstuk?

- Belangenorganisaties van verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders.
- De Nederlandse Zorgautoriteit, Zorginstituut Nederland en het Centraal Planbureau
- Onderzoekers van universiteiten en onderzoeksbureaus.

- Op welke wijze zijn belanghebbenden tot nu toe in de verschillende fasen van het beleidstraject betrokken?

- Ter voorbereiding van het voorstel zal gesproken worden met belangen- en uitvoeringsorganisaties, zoals Zorgverzekeraars Nederland, de Consumentenbond, Patiëntenfederatie, de Nederlandse Zorgautoriteit, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Deze gesprekken moeten deels nog plaatsvinden en worden momenteel ingepland.

1. Wat is het probleem?

Hulpvragen

a) Wat is het probleem?

Kostenbewustzijn en medefinanciering zijn twee doelen van het eigen risico. Het eigen risico stimuleert mensen bewuster na te denken of het gebruik van een behandeling medisch 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. Kostenbewustzijn kan bijdragen aan het betaalbaar houden van de zorg als mensen afzien van niet medisch noodzakelijke zorg. Medefinanciering houdt in dat mensen die gebruik maken van zorg zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten betalen via het eigen risico. Deze medefinanciering zorgt ervoor dat er voor iedereen een lagere nominale premie kan worden gevraagd. Door een deel van de rekening bij zorggebruikers neer te leggen, wordt tevens beoogd om draagvlak te behouden voor de hoge mate van risicosolidariteit in de Zvw.

Het verplicht eigen risico van € 385 wordt door sommige mensen als een te hoge financiële drempel ervaren, zeker als ze moeite hebben met financieel rondkomen, waardoor zij afzien van medisch noodzakelijke zorg of deze zorg te laat ontvangen. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.

b) Wat zijn de oorzaken van het probleem?

De hoogte van het verplicht eigen risico van € 385. Dit bedrag kan als een te hoge financiële drempel ervaren worden voor mensen die zorg nodig hebben, zeker als ze moeite hebben met financieel rondkomen. Deze drempel wordt ervaren ondanks financiële ondersteuning van mensen, zoals zorgtoeslag (tegemoetkoming voor zorgpremie en het eigen risico) en gemeentelijke regelingen (zoals de tegemoetkoming eigen risico).

c) Wat is de omvang van het probleem?

Volgens Nivel meden meer mensen zorg om financiële redenen in 2023 dan in de jaren ervoor. In 2023 zag 11% van de burgers wel eens af van een bezoek aan de dokter, een verdere behandeling of medicijnen vanwege kosten. Dit is een stijging ten opzichte van 2022: toen was het percentage 8%. In 2016 lag het percentage overigens aanzienlijk hoger, op 16%. Deze percentages kunnen (veel) hoger zijn voor kwetsbare groepen.

Voor Nederland heeft onder andere het Centraal Planbureau (CPB) een empirische schatting gemaakt van het (totale) remgeldeffect van het verplicht eigen risico in de Zvw.¹ Het verplicht eigen risico remt de zorgkosten.² In hoeverre dit gaat om een lager gebruik van *minder nuttige en/of nodige zorg* of juist noodzakelijke zorg weerspiegelt is echter onbekend. Het is ook niet bekend of dit effect groter (of kleiner) is voor mensen met een laag inkomen versus mensen met een hoog inkomen.

d) Wat is het huidige beleid en wat heeft de evaluatie opgeleverd?

¹ <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020>

² Als gevolg van de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 wordt gerekend met een stijging van de zorgkosten met € 2,3 miljard in 2029.

- Het verplicht eigen risico bedraagt € 385. In de Zorgverzekeringswet is opgenomen dat het verplicht eigen risico jaarlijks geïndexeerd wordt op basis van de ontwikkeling van de zorguitgaven. Deze indexatie is echter sinds 2018 niet toegepast (het verplicht eigen risico is dus sinds 2018 bevroren)³ en blijft ook de komende jaren (t/m 2026) bevroren.
- Het eigen risico (en eigen bijdragen) maakt mensen bewust van de kosten van zorg (wat doelmatig zorggebruik stimuleert) en zorgt voor medefinanciering (lagere netto collectieve zorguitgaven). In 2025 wordt ongeveer € 3,4 miljard van de zorguitgaven uit het verplicht eigen risico gefinancierd. Dit betekent dat een kleiner deel van de zorguitgaven vanuit de nominale premie gefinancierd wordt (het eigen risico en de nominale premie zijn namelijk communicerende vaten). Door een deel van de rekening bij zorggebruikers neer te leggen, wordt tevens beoogd om draagvlak te behouden voor de hoge mate van risicosolidariteit in de Zvw.
- Er bestaan verschillende landelijke compensatieregelingen die eraan bijdragen de zorg op individueel niveau betaalbaarder te houden. Voorbeelden zijn de zorgtoeslag als tegemoetkoming in de gemiddelde nominale zorgpremie én het gemiddelde verplicht eigen risico en het uitzonderen van bepaalde zorgvormen, waaronder huisartsenzorg, wijkverpleging, verloskundige zorg en kraamzorg, van het eigen risico.
- Daarnaast beschikken gemeenten over de instrumenten én de financiële middelen om te komen tot financieel maatwerk voor de cliënt (structureel € 268 miljoen vanaf 2017). Een voorbeeld hiervan is de gemeentepolis. Gemeenten zijn vrij om te bepalen op welke wijze en in welke mate zij middelen inzetten.
- Ondanks de bestaande landelijke en gemeentelijke regelingen kan het verplicht eigen risico als een te hoge drempel worden ervaren, zeker als iemand moeite heeft met financieel rondkomen. Daardoor zoeken mensen mogelijk niet of te laat medisch noodzakelijke zorg op. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.

e) Wat gebeurt er als de overheid niets doet (Nuloptie)? Wat rechtvaardigt overheidsinterventie?

Zonder ingrijpen van de overheid zal het verplicht eigen risico mogelijk als een te hoge financiële drempel ervaren blijven worden voor mensen die zorg nodig hebben, zeker als ze moeite hebben met financieel rondkomen. Daardoor blijven ze mogelijk niet of te laat medisch noodzakelijke zorg opzoeken. Dit is onwenselijk en kan bovendien later tot meer of duurdere zorg leiden.

2. Wat is het beoogde doel?

Hulpvragen

a) Wat zijn de beleidsdoelen?

Verlagen van de (ervaren) drempel tot zorg, verminderen ongewenste zorgmijding om financiële redenen en het creëren van gelijkwaardige(re) toegang tot zorg voor iedereen. Het kabinet vindt het onwenselijk als mensen afzien van medisch noodzakelijke zorg om financiële redenen. Niet de portemonnee, maar de medische urgentie moet leidend zijn. De regering wil daarom het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165 en kiest daarmee voor een andere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid.

b) Aan welke [duurzame ontwikkelingsdoelen \(sustainable development goals, SDG's\)](#) en [brede welvaartsuitkomsten](#) dragen de doelen bij?

Goede gezondheidszorg voor iedereen (SDG3 en Brede welvaart thema 2)

³ Het verplicht eigen risico bedraagt al sinds 2016 maximaal € 385. In 2017 heeft geen indexatie van het verplicht eigen risico plaatsgevonden, vanwege een relatief lage groei van de zorguitgaven.

3. Wat zijn opties om het doel te realiseren?

Hulpvragen

- a) Wat zijn kansrijke aangrijpingspunten om het doel te realiseren?

Aangezien het verplicht eigen risico in de Zvw is geregeld en nadere regels in het Besluit zorgverzekering (een algemene maatregel van bestuur) kunnen worden opgenomen, vergt verlaging van het eigen risico wijziging van de Zvw.

- b) Wat zijn, gegeven de aangrijpingspunten, kansrijke beleidsopties?

Het verplicht eigen risico kan substantieel verlaagd worden.

- c) Wat is de [beleidstheorie \(doelenboom\)](#) per kansrijke beleidsoptie?

Een forse verlaging van het verplicht eigen risico verlaagt de (ervaren) financiële drempel *op het moment van behoefte aan zorg*. Hierdoor wordt zorg toegankelijker en zullen mensen minder snel vanwege financiële redenen afzien van zorg die ze nodig hebben (ongewenste zorgmijding).

4. Wat zijn de gevolgen van de opties?

Hulpvragen

- a) Wat zijn de verwachte gevolgen per beleidsoptie?

Substantieel verlagen verplicht eigen risico

- Gelijkaardigere toegang tot zorg. De balans tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en solidariteit wordt verschoven richting toegankelijkheid.
- Naar verwachting zullen minder mensen om financiële redenen ongewenst afzien van zorg.
- De netto collectieve zorguitgaven zullen stijgen doordat er een kleiner deel van de zorguitgaven gefinancierd wordt uit het eigen risico én omdat de zorgvraag zal stijgen. De forse verlaging van het verplicht eigen risico zal naar verwachting zowel leiden tot meer gebruik van noodzakelijke zorg als minder noodzakelijke zorg. Voor sommige behandelingen kunnen mogelijk langere wachtlijsten ontstaan, omdat de vraag groter wordt dan het zorgaanbod (ook gegeven de krappe arbeidsmarkt). Het is onbekend hoeveel zorgkosten worden voorkomen doordat mensen niet meer afzien van medisch noodzakelijke zorg (wat kan leiden tot een urgentere zorgvraag).
- Het kabinet zet zich in om ook de triage te versterken om vooral het extra gebruik van medisch noodzakelijke zorg voor mensen die dit het meest nodig hebben te faciliteren. Het is nog niet bekend met welke maatregelen de triage wordt versterkt.
- Het verlagen van het verplicht eigen risico leidt tot een hogere inkomensafhankelijke bijdrage voor werkgevers, zelfstandigen en gepensioneerden en een hogere zorgpremie voor verzekerden. De hogere nominale premie wordt voor verzekerden met inkomens tot ongeveer modaal gecompenseerd met een hogere zorgtoeslag. Verder vindt er compensatie van de hogere iab en nominale premie plaats via een verlaging van de inkomstenbelasting en aof-premie. Verzekerden die op basis van hun inkomen geen recht hebben op zorgtoeslag en geen eigen risico hoeven te betalen, gaan er financieel op achteruit.

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

Verkende alternatieven

Verschillende alternatieven zijn overwogen zoals een gerichte verlaging (of zelfs afschaffing) van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten of een inkomensafhankelijk eigen risico.

- Een gerichte verlaging of zelfs afschaffing van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten is niet mogelijk. Dat komt omdat er geen definitie van chronisch zieken en gehandicapten is. Van 2009 tot 2016 was de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten van kracht. Een van de knelpunten bij deze wet was dat het niet mogelijk bleek om een 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. Daarnaast is een vrijstelling voor het eigen risico mogelijk onvoldoende grond om deze gevoelige informatie te registreren.
- Een inkomensafhankelijk eigen risico kent grote juridische en uitvoeringstechnische risico's (en lasten).

- b) Welke [verplichte toetsen](#) zijn van toepassing en wat zijn daarvan de uitkomsten (voor zover bekend)?

- Het verlagen van het verplichte eigen risico heeft gevolgen voor de risicovereveningsbijdrage en raakt daarmee het vraagstuk van staatssteun. Hierover is contact met de Europese Commissie.
- Een uitvoeringstoets door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
- Een toets op de impact op de regeldruk door het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR).

5. Wat is de voorkeursoptie?

Hulpvragen

a) Wat is het voorstel?

Het verplicht eigen risico wordt fors verlaagd naar € 165.
De maatregel gaat in op 1 januari 2027, zodat er genoeg tijd is voor overleg met de Europese Commissie, voor het wijzigen van de Zorgverzekeringswet, voor het aanpassen van de ICT-systemen van zorgverzekeraars en voor goede informatievoorziening voor verzekerden.

b) Hoe houdt het voorstel rekening met:

- [doeltreffendheid](#) en [doelmatigheid](#);
- uitvoerbaarheid voor alle relevante partijen (inclusief [doenvermogen](#), [regeldruk](#) en [handhaving](#));
- brede maatschappelijke impact?

- Een forse verlaging van het verplicht eigen risico is doeltreffend omdat het de (ervaren) financiële drempel *op het moment van zorgbehoefte* verlaagt. Het grijpt dus rechtstreeks in op wat mensen uit eigen zak voor zorg betalen. Daarnaast is het ook de meest doelmatige optie, omdat een gerichte verlaging voor specifieke groepen (mensen met een laag inkomen of mensen met een chronische ziekte) leidt tot veel extra administratieve lasten en risico's en deze groepen ook zeer lastig af te bakenen zijn.
- Een verlaging van de hoogte van het verplicht eigen risico is eenvoudig wat betreft de uitvoerbaarheid.
- Gelijke toegang tot zorg. Verdergaande solidariteit tussen zorggebruikers en niet-zorggebruikers, omdat niet-zorggebruikers een groter deel van de zorgrekening voor hun rekening nemen.

c) Wat zijn de risico's en onzekerheden van dit voorstel?

- Goedkeuring van de EC
- Reguliere risico's en onzekerheden: advisering RvS en steun in de Kamers.

d) Hoe ziet de voorgenomen [monitoring en evaluatie](#) eruit?

De effecten van deze maatregel zullen geëvalueerd worden. Om dit op een goede manier te doen zal met onderzoekers worden nagedacht over een geschikte onderzoeksmethode.