

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

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. Algemeen deel

Inhoudsopgave

h1. Inleiding	p.
h2. Hoofdpijnen van de voorstellen ten aanzien van het verplicht eigen risico	p.
h3. Gevolgen voor burgers	p.
a. Begrijpelijkheid en doenvermogen	
b. Financiële effecten burgers	
H4. Europese aspecten	
H5. Uitvoering en regeldruk	p.
H6. Budgettaire gevolgen	p.
H7. Advies en consultatie	p.
H8. Gevolgen voor Caribisch Nederland	p.
H9. Inwerkingtreding en communicatie	p.

1. Inleiding

In het hoofdpijnenakkoord 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 hoofdpijnenakkoord 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)."

De andere in het hoofdpijnenakkoord genoemde maatregelen, de bevroering van het verplicht eigen risico in 2026⁵ en de tranchering van het verplicht eigen risico, worden via andere wijzigingen van wet- en regelgeving geregeld.

De bedoeling is dat de tranchering en de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 in werking treden per 1 januari 2027. De effecten van de twee maatregelen kennen een sterke onderlinge afhankelijkheid en worden daarom in deze toelichting ook beiden benoemd.

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

² Hoofdstuk 6 van bijlage 'Hoofdpijnenakkoord, HOOP, LEF EN TROTS' bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

³ 'Budgettaire bijlage hoofdpijnenakkoord', bijlage bij Kamerstukken II, 2023/24, 36471, nr. 37.

⁴ Behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

⁵ Het bevroeren van het verplicht eigen risico op € 385 in 2025 is al geregeld. Stb. 2022, 327 en 347.

2. Inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven

a. *Het Nederlandse zorgstelsel en de functie van het eigen risico*

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 voor de helft gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdrage (hierna: IAB) en voor de andere helft uit nominale premies, de opbrengsten van het verplicht eigen risico en een rijksbijdrage voor kinderen.⁶ Alle genoemde financieringsbronnen tezamen dragen bij aan de risicosolidariteit, omdat deze financiële bijdragen aan de zorg en ondersteuning los staan van de hoeveelheid zorg dat een individu gebruikt. Het verplicht eigen risico is hierop een uitzondering. Verder betaalt de overheid zorgtoeslag aan huishoudens met lage en middeninkomens als compensatie voor de kosten van de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico. De IAB en de zorgtoeslag zijn afhankelijk van de hoogte van het inkomen en dragen daarmee bij aan de inkomenssolidariteit.

Het verplicht eigen risico is in 2008 geïntroduceerd en heeft twee hoofddoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en het creëren van kostenbewustzijn. 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 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 namelijk om 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. Dit wordt het remgeldeffect genoemd. Doordat een deel van de verzekerden minder zorg gebruikt is er sprake van een minder grote stijging van de zorgkosten en de premies. 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 risico- en inkomenssolidariteit in de Zvw. Echter, het verplicht eigen risico kan voor sommige mensen als een te hoge financiële drempel ervaren worden met name als ze financieel gezien al moeite hebben met rondkomen. Daardoor bestaat het risico dat ze mogelijk afzien van het (tijdig) opzoeken van medisch noodzakelijke zorg. Het vaststellen van de *hoogte* van het verplicht eigen risico is daarmee een afweging tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid van zorg.

b. *Afzien van zorg*

Zoals hierboven is beschreven is het tweede doel van het eigen risico het creëren van kostenbewustzijn. Het eigen risico stimuleert mensen na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling of het onderzoek ook op dat moment moet plaatsvinden. Hierdoor gebruiken sommige verzekerden mogelijk minder of op een later moment zorg, wat leidt tot een minder grote stijging van de zorgkosten dan anders het geval zou zijn (het remgeldeffect). Als toenemend kostenbewustzijn leidt tot een minder hoge zorgvraag van medisch niet-noodzakelijke en niet passende zorg, dan is dat een gewenst effect. Het eigen risico draagt dan bij aan meer kwalitatieve zorg, aan het betaalbaar houden van de zorg en aan het efficiënt omgaan met de beperkte zorgcapaciteit. Mocht er echter door het eigen risico afgezien worden van medisch noodzakelijke zorg, dan is dat vanzelfsprekend geen gewenst effect. Dit kan veroorzaakt worden doordat mensen niet altijd goed het nut en de noodzaak van een behandeling of medicatie kunnen inschatten.⁷ Afzien van medisch noodzakelijke zorg kan leiden tot een verergering van klachten en de ernst van ziekte. Het is moeilijk aan te geven in welke mate beide effecten

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

⁷ K. Baicker, S. Mullainathan en J. Schwartzstein. (2015) Behavioral Hazard in Health Insurance. The Quarterly Journal of Economics, 130 (4), 1623–1667.

optreden: is het afzien van zorg vooral een gewenst effect of vooral een ongewenst effect. Wel blijkt uit onderzoek dat in de praktijk beide effecten optreden.⁸

Naar de mate waarin mensen afzien van zorg – zowel gewenst als ongewenst – om financiële redenen is veel onderzoek gedaan. Uit onderzoek van Nivel⁹ blijkt dat in 2023 ongeveer 11% afzag van medische zorg vanwege financiële redenen. 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. Dit percentage verschilt elk jaar iets en ligt de afgelopen jaren rond de 10%.¹⁰ Dat percentage is echter het gemiddelde voor de hele bevolking. Nivel heeft verdiepend onderzoek gedaan naar de groep mensen die afziet van zorg om financiële redenen. Uit het onderzoek blijkt dat mensen die aangeven moeite te hebben met rondkomen vaker afzien van zorg vanwege de kosten, dan mensen die dat niet hebben.¹¹ Mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden en mensen met een matige of slechte gezondheid geven ook vaker aan dat ze afzien van zorg.

c. Financiële ondersteuning voor kwetsbare groepen

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 en middeninkomen ontvangen als (gedeeltelijke) tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale zorgpremie en het gemiddelde verplicht eigen risico. Ook zijn bepaalde vormen van zorg wettelijk uitgezonderd van het eigen risico, zoals huisartsenzorg, wijkverpleging, zorg voor 18-minners, en verloskundige zorg. Ook is het in dit verband goed om te noemen dat zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden het eigen risico gespreid te betalen en het eigen risico als sturingsinstrument inzetten, waardoor verzekerden voor bepaalde zorg geen eigen risico verschuldigd zijn. Daarnaast zijn er inkomensondersteunende regelingen die een (gedeeltelijke) tegemoetkoming bieden in de meerkosten van specifieke groepen, zoals chronisch zieken en gehandicapten of op basis van inkomen. 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 (structureel € 268 miljoen vanaf 2017, in het huidig prijspeil is dit circa € 370 miljoen). Veel gemeenten bieden bijvoorbeeld voor minima een gemeentepolis aan bestaande uit een basisverzekering en aanvullende zorgverzekeringen met een premiekorting. Bij veel gemeentepolissen is het eigen risico herverzekerd. Sommige gemeenten bieden ook ondersteuning via de individuele bijzondere bijstand.

d. Doelstelling en inhoud maatregel

Ondanks de hierboven genoemde inspanningen van zorgverzekeraars en de overheid om de zorg ook voor mensen met een laag inkomen toegankelijk te houden, blijven er (ervaren) financiële drempels. De regering maakt zich in het bijzonder zorgen om de (ervaren) financiële toegankelijkheid van zorg voor mensen die veel zorg nodig hebben (zoals langdurig en chronisch zieken) en mensen met een zorgvraag die moeite hebben om rond te komen. De regering wil daarom het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165 en kiest daarmee voor een andere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid. Het verplicht eigen risico wordt voor de jaren 2027 tot en met 2029 bevroren op € 165. Het eigen risico wordt vanaf 2030 weer geïndexeerd volgens de huidige systematiek in de wet.

Tegelijk wil de regering het verplicht eigen risico van € 165 voor medisch-specialistische zorg per 2027 trancheren. Er geldt vanaf 2027 een maximumbedrag van € 50 per behandelprestatie voor

⁸ 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.

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 <https://open.overheid.nl/documenten/6e445277-82ef-4ff2-9bbe-efd3f63de4da/file>

medisch-specialistische zorg. Daardoor hoeven mensen minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico te betalen als de kosten voor medisch-specialistische zorg € 165¹² of meer bedragen. Deze maatregel leidt, tot een verdere verlaging van de uitgaven aan het eigen risico voor circa 900.000 Nederlanders. Tegelijk wordt het 'remgeldeffect' van het verplicht eigen risico verlengd. Doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt, kan het verplicht eigen risico ook vaker later in het jaar nog worden opgelegd, zowel in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg als in geval van gebruik van andere curatieve zorg waarvoor het eigen risico geldt. Dit vergroot het kostenbewustzijn voor het gebruik van dergelijke zorg. Tranchering van het eigen risico zorgt dus voor een effectievere toepassing van het eigen risico, want het remgeldeffect wordt verlengd zonder dat verzekerden meer eigen risico betalen. De tranchering is geregeld in het Besluit zorgverzekering.

e. Overwogen alternatieven

Er is een gericht alternatief voor een algehele verlaging van het eigen risico overwogen voor chronisch zieken en gehandicapten. Een gerichte verlaging of zelfs afschaffing van het verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten is echter niet mogelijk. Dat komt omdat er geen eenduidige definitie van chronisch zieken en gehandicapten is. Ten voorbeeld geldt de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten die van 2009 tot 2016 van kracht was. Een van de knelpunten bij deze wet 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. Daarnaast is een vrijstelling voor het verplicht eigen risico mogelijk onvoldoende grond om deze gevoelige informatie te registreren. 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.

f. Hogere zorgvraag door verlaging eigen risico

Het verlagen van het verplicht eigen risico leidt tot een lager remgeldeffect en daarom tot een hogere zorgvraag. Deze regering werkt daarom parallel aan deze wetswijziging aan maatregelen om de stijgende zorgvraag op te vangen en de stijging van de zorgkosten te kunnen matigen. Zorgvraag kan voorkomen worden 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 zijn de partijen die hierin vooral aan zet zijn voor eventuele lokale en regionale activiteiten die hieraan kunnen bijdragen. Daarnaast zijn er landelijke maatregelen die het gedrag van mensen beïnvloeden om gezonder te leven en zodoende de zorgvraag kunnen verminderen. Als er eenmaal een zorgvraag is dan is het belangrijk dat, in geval dat er sprake is van een wachtlijst, de medische urgentie van de zorgvraag leidend is wie als eerste wordt behandeld. Om die reden wordt ingezet op het versterken van de triage door zorgverleners. Dit moet ertoe leiden dat de zorgvrager met de grootste medische urgentie op zorg ontvangt met voorrang wordt behandeld, in het geval van een wachtlijst. Op deze wijze wordt – ook met de toenemende zorgvraag als gevolg van deze maatregel – alsnog een gelijkwaardigere toegang georganiseerd voor degenen die de zorg het hardst nodig hebben. Ook werkt het kabinet aan de juiste inzet van medewerkers en het verlagen van administratieve lasten, zodat de capaciteit wordt vergroot. Bijvoorbeeld met extra aandacht voor medische innovaties die de inzet van medewerkers vermindert en tegelijk de belasting voor de patiënt vermindert. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) wordt doorgezet en aangevuld met aanvullende afspraken in een zorg- en welzijnsakkoord. Het is de bedoeling dat deze aanvullende afspraken ook bijdragen aan een meer gelijkwaardige toegang tot zorg en het afwenden van een arbeidsmarkttekort.

¹² Het verplicht eigen risico wordt tot en met het jaar 2029 bevroren op € 165 per jaar.

3. Gevolgen voor verzekerden en inkomenseffecten

a. *Begrijpelijkheid en doenvermogen*

De verlaging van het verplicht eigen risico vraagt weinig van burgers. 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.

b. *Financiële effecten burger*

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 financiële gevolgen voor burgers als ook de budgettaire gevolgen gepresenteerd als totaaleffect van beide maatregelen.

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

- Verplicht eigen risico:
 - Verzekerden betalen in 2027 € 2,006 miljard minder aan het verplicht eigen risico. Het gemiddelde verplicht eigen risico, wat wordt berekend over alle volwassen verzekerden, daalt hierdoor met € 135 in 2027. De daling van het verplicht eigen risico is voor verzekerden die het verplicht eigen risico volmaken nog groter. Als het kabinet 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 verplicht eigen risico voor verzekerden die het verplicht eigen risico volmaken 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 dat 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. In de Zvw is namelijk vastgelegd dat de helft van de zorguitgaven moet worden gefinancierd via de IAB en de andere helft via de nominale premie, het verplicht eigen risico en de rijksbijdrage voor kinderen.
 - De verlaging van het verplicht eigen risico (incl. tranchering in de medisch-specialistische zorg) leidt tot meer zorggebruik. De zorguitgaven stijgen daardoor naar verwachting met € 2,100 miljard in 2027. De financiële prikkel voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is namelijk kleiner in vergelijking met de situatie dat het verplicht eigen risico niet zou zijn verlaagd. Het remgeldeffect wordt – vanwege de hierboven toegelichte 50/50-verdeling – opgevangen door een hogere IAB, een verhoging van de nominale premie door zorgverzekeraars, en een hogere rijksbijdrage voor kinderen.
 - Als gevolg van de bovenstaande effecten moet de opbrengst uit de nominale premie met € 2,953 miljard stijgen in 2027. Dit betekent dat de nominale premie per persoon met € 199 stijgt 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.

- o Zoals beschreven onder 'Nominale premie' stijgt de nominale premie met € 199 per verzekerde per jaar en daalt het gemiddelde verplicht eigen risico met € 135 per verzekerde per jaar. Hierdoor stijgt de standaardpremie en de zorgtoeslag met € 64.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de 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. Hieruit blijkt dat verzekerden die het verplicht eigen risico volledig volmaken het meeste profijt hebben bij het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico. Naar schatting maakt in 2027 60% van de volwassen verzekerden het verplicht eigen risico vol. Zoals eerder toegelicht stijgt voor iedereen de nominale premie. Als tegemoetkoming voor de gemiddelde nominale premie en het gemiddelde verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden zorgtoeslag. Verder compenseert het kabinet burgers voor de stijging van de nominale premie door een verlaging van de inkomstenbelasting (zie onder kopje budgettaire gevolgen).

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

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

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 basisverzekering vast in november.

De netto financiële effecten vallen voor arbeidsongeschikten met een WAO-, WAZ-, WIA- of Wajong-uitkering anders uit vanwege een gekoppeld besluit om de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten af te schaffen. Deze tegemoetkoming is in het verleden ingesteld als compensatie voor de verwachte hogere (verborgen) kosten voor ziekte die deze groep maakt. Vanwege het verlagen van het verplicht eigen risico, is er minder noodzaak voor deze tegemoetkoming. Daarnaast veroorzaakt de regeling ongelijkheid. Dat komt doordat de regeling uitsluitend voor mensen met een UWV-uitkering is, terwijl mensen die ziek of arbeidsongeschikt zijn maar geen UWV-uitkering hebben, niet in aanmerking komen. Deze ongelijkheid is moeilijk uitlegbaar. Bij ongewijzigd beleid zou de tegemoetkoming naar verwachting €235,11 bedragen in 2027. Dat betekent dat sommige mensen door de twee maatregelen er (afhankelijk van het recht op zorgtoeslag en het volmaken van het eigen risico) op vooruit of achteruit gaan.

4. Europese Aspecten

Staatssteun

Omdat dit wetsvoorstel een wijziging aanbrengt in de verhouding van de kosten die zorgverzekeraars ontvangen van verzekerden en de kosten die zorgverzekeraars ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds, is dit wetsvoorstel een staatssteunmaatregel die volgens artikel 107 van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie gemeld moet worden. In artikel 106, tweede lid, van dat verdrag is daarbij bepaald dat diensten van algemeen economisch belang, zoals het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel, ook vallen onder deze regels "voor zover de toepassing daarvan de vervulling, in feite of in rechte, van de hun toevertrouwde bijzondere taak niet verhindert". Daarbij wordt wel genoemd dat de ontwikkeling van het handelsverkeer niet mag

worden beïnvloed in een mate die strijdig is met het belang van de Unie. Bij de invoering van het risicovereveningssysteem heeft de Commissie reeds bepaald dat de taken die de Nederlandse zorgverzekeraars hebben in het kader van dit systeem vallen onder een dienst van algemeen economisch belang. Voor de goede orde wordt opgemerkt dat dit wetsvoorstel pas na goedkeuring van de staatssteunmaatregel door de Europese Commissie in werking kan treden.

Solvabiliteit II richtlijn

Omdat Nederland een privaat stelsel van zorgverzekeraars kent, is de EU-richtlijn Solvabiliteit II van toepassing op de zorgverzekeringen. In deze richtlijn worden beperkingen gesteld aan de wettelijke eisen die aan verzekeraars kunnen worden gesteld op het gebied van acceptatie, verzekeringsdekking en premiestelling. Dit wetsvoorstel introduceert een beperkte nieuwe wettelijke eis voor zorgverzekeraars. Dit soort eisen kunnen worden gesteld op basis van artikel 206 van de Solvabiliteit II richtlijn, als dit wordt gedaan "ter bescherming van het algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft". Dat is hier het geval.

5. Uitvoering en regeldruk

Met het wetsvoorstel wordt de hoogte van het verplicht eigen risico in 2027 verlaagd. Een wetswijziging waarbij de hoogte van het verplicht eigen risico wordt gewijzigd, heeft al enkele keren eerder plaatsgevonden. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt in dit wetsvoorstel bovendien niet gewijzigd. **PM toets regeldruk ATR**

6. Budgettaire gevolgen

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 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: een derving van de opbrengst van het verplicht eigen risico omdat een deel van de verzekerden minder verplicht eigen risico gaat betalen, en hogere zorgkosten door het per saldo lagere kostenbewustzijn (het remgeldeffect). De budgettaire effecten onder het inkomstenkader bestaan enerzijds uit de stijging van de nominale premie, de IAB en de zorgtoeslag en anderzijds uit de compenserende lastenverlichting.

Budgettaire gevolgen 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
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 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 mensen gemiddeld minder verplicht eigen risico. Een aanzienlijk aantal verzekerden die in een kalenderjaar medisch-specialistische zorg nodig hebben, zullen namelijk slechts een of twee dbc's nodig hebben en zullen hierdoor minder snel het verplicht eigen risico volmaken. Door de verlaging en tranchering van het verplicht eigen risico neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico af met € 2.006 miljoen in 2027.

b. Daling van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)

De verlaging van het verplicht eigen risico leidt naar verwachting tot meer zorggebruik. Het remgeldeffect voor verzekerden om terughoudend te zijn met zorggebruik is namelijk kleiner in vergelijking met de situatie dat het verplicht eigen risico niet zou zijn verlaagd.

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 dat het verplicht eigen risico niet zou zijn getrancheerd. Op dit moment betalen mensen in de medisch-specialistische zorg vaak al voor het eerste consult (inclusief bijbehorend onderzoek en de eerste 120 dagen behandeling) bij een medisch specialist het gehele verplicht eigen risico. Door het maximumbedrag van € 50 wordt de financiële drempel bij de toegang tot medisch-specialistische zorg weliswaar minder hoog, maar mensen worden door de nieuwe vormgeving na een eerste onderzoek of behandeling 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 en nodig is. Dat komt omdat ze minder snel hun volledige verplicht eigen risico volmaken. Dit resulteert in afname van zorggebruik.

Het gedragseffect is gebaseerd op eerdere berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB) op basis van hun microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen. In 2027 wordt uitgegaan van € 2,100 miljard hogere uitgaven. In totaal stijgen de netto uitgaven onder het uitgavenkader in 2027 met € 4,106 miljard. 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.¹³

c. Effecten inkomstenkader

Binnen het inkomstenkader leiden de stijging van de nominale premie (+ € 2,953 miljard in 2027) en de IAB (+ € 1,048 miljard in 2027) tot 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. Het kabinet 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.

¹³ 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.

7. Advies en consultatie

PM

8. Gevolgen voor Caribisch Nederland

Het verlagen 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 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 die collectieve verzekeringen geen verplicht eigen risico kennen.

9. Inwerkingtreding en communicatie

De beoogde datum van inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel is 1 januari 2027. Het is daarom 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 verplichte eigen risico.

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 € 165 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 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 8 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,