

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
4055285-1078635-Z

Bijlage(n)
1

Uw kenmerk
29 689

Datum 21 maart 2025
Betreft Schriftelijk Overleg (SO) inzake Nivel Kennisvraag Kenmerken van mensen
die afzien van zorg om financiële redenen

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Geachte voorzitter,

Hierbij bied ik u mijn reactie aan op de vragen die zijn gesteld in het Verslag van
een schriftelijk overleg inzake Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die
afzien van zorg om financiële redenen.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Fleur Agema

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr.

INBRENG VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 2025

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 december 2024 inzake Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen (Kamerstuk 29 689, nr. 1273).

De op 30 januari 2025 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 2025 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

Inhoudsopgave

blz.

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-

PvdA-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

II. Reactie van de minister

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het Nivel rapport 'Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Het onderzoek toont aan dat financiële redenen absoluut een reden kunnen zijn voor mensen om van zorg af te zien. Genoemde leden zijn dan ook erg blij dat vanaf 2027 het eigen risico fors verlaagd wordt en kijken uit naar de dag dat het eigen risico volledig kan worden afgeschaft. De medische situatie van mensen en niet de financiële situatie, moet wat deze leden betreft te allen tijde leidend zijn om wel of niet voor zorg of behandeling te kiezen. Wat zijn naast het verlagen van het eigen risico (en in de periode tot 2027) de plannen van de minister om ervoor te zorgen dat de groep zorgmijders, zowel gewenste als ongewenste zorgmijders, kleiner wordt?

Wanneer mensen zorg mijden, om wat voor een reden dan ook, kan dit leiden tot hogere zorgkosten op een later moment. Kan de minister een inschatting maken van de toename aan zorgkosten die hiermee gepaard gaan? Waarom is er tijdens dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen gewenste en ongewenste zorgmijding? Kan er een inschatting gemaakt worden van de gezondheidsschade bij mensen met een chronische ziekte omdat uit onderzoek blijkt dat daar het percentage zorgmijders hoger ligt?

De leden van de PVV-fractie lezen dat ook gezondheidskenmerken een rol spelen bij zorgmijding. Mensen met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden geven vaker aan af te zien van zorg dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Welke redenen worden daarvoor gegeven? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden onder de Nederlandse bevolking groeit? Zijn hier al acties voor ingezet? Zo ja, welke?

Uit registratiedata kan niet alle informatie worden gehaald, dit geldt bijvoorbeeld voor de reden om af te zien van een eerste huisarts bezoek en ook is er op basis van registratie niet duidelijk waarom is afgezien van zorg. Is er in het onderzoek rekening mee gehouden dat er ook mensen zijn die mogelijk geen vast huisarts hebben? Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat dit een drempel opwerpt om een eerste huisarts bezoek te maken. In hoeverre draagt het niet ingeschreven staan bij een vaste huisarts bij aan het mijden van zorg? Kan de minister aangeven hoeveel mensen in Nederland er op 1 januari 2025, nog steeds wachten op inschrijving bij een vaste huisarts? Wat heeft de minister inmiddels gedaan om het aantal praktijk houdende huisartsen te vergroten? Zijn er daadwerkelijk meer praktijkhoudende huisartsen bijgekomen? Hoeveel Nederlanders stonden er op 1 januari 2025 op een wachtlijst om in te schrijven bij een tandarts?

Uiteraard zijn er ook mensen die weloverwogen afzien van zorg en/of behandeling, anders dan om financiële redenen. Zijn daar tijdens het onderzoek cijfers van bekend geworden? Zo ja, kunnen deze cijfers en de redenen hiervan gedeeld worden? Zo nee, waarom is niet meegenomen wat de reden is dat mensen afzien van zorg en/of behandeling anders dan financiële redenen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de voorliggende stukken en het onderzoek van Nivel over kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen. Genoemde leden vinden het zeer zorgelijk dat uit het onderzoek naar voren komt dat financiële redenen ten grondslag kunnen liggen aan het mijden van zorg, en dat dit sterker speelt bij kwetsbare groepen. Het verminderen van deze ongelijke toegang tot zorg is voor deze leden van enorm belang. Zij hebben hier dan ook meerdere vragen over.

De minister schrijft in de beleidsreactie dat de medische situatie van mensen leidend moet zijn, en niet hun portemonnee. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn het hier zeer mee eens, maar zien dit nog niet terugkomen in het kabinetsbeleid. Hoewel de minister schrijft zich in te zetten voor gelijkwaardigere toegang tot zorg, zien deze leden juist dat de zorgkosten stijgen, bijvoorbeeld door de hogere zorgpremie. Wat gaat de minister tot de verlaging van het eigen risico in 2027 doen om de toegang tot zorg te verbeteren en ervoor te zorgen dat mensen geen zorg hoeven te mijden vanwege hun financiële situatie? Welk beleid wordt er in de tussentijd (2025-2026) gevoerd om de toegang tot zorg gelijkjer te maken? En hoe wordt voorkomen dat een verlaging van het eigen risico deels teniet wordt gedaan door een hogere zorgpremie, waardoor de zorgkosten voor veel mensen nog steeds (te) hoog blijven?

Het baart de leden van GroenLinks-PvdA-fractie zorgen dat bij het mijden van zorg om financiële redenen de financiële situatie (kunnen rondkomen) een grotere rol speelt dan het inkomen. In hoeverre wordt in het kabinetsbeleid de conclusie van Nivel meegenomen dat bij het tegengaan van zorgmijding om financiële redenen aandacht moet zijn voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat ook voor de middengroepen, die bijvoorbeeld geen toegang hebben tot toeslagen, de toegang tot zorg verbeterd wordt? Worden hier

specifieke maatregelen voor genomen en worden hier middelen voor vrijgemaakt? En hoe kijkt de minister naar de conclusie van Nivel dat het van belang is dat maatregelen met betrekking tot het tegengaan van zorgmijding moeten worden ingebed in breder beleid gericht op het vergroten van de bestaanszekerheid, omdat de betaalbaarheid van zorg ook afhankelijk is van andere kosten voor levensonderhoud zoals boodschappen of energiekosten? In hoeverre wordt hier vanuit het ministerie van VWS op samengewerkt met andere departementen, bijvoorbeeld met het ministerie van SZW?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben daarnaast meerdere vragen over het mijden van zorg door kwetsbare groepen. Uit het onderzoek van Nivel blijkt onder meer dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid, mensen met chronische aandoeningen, mensen zonder betaald werk en mensen met een migratieachtergrond vaker afzien van zorg. Ook komt uit diverse onderzoeken die Nivel aanhaalt naar voren dat mensen die fysieke arbeid verrichten, werkloos zijn of die vanwege arbeidsongeschiktheid van een uitkering moeten leven vaker zorg mijden. In de kabinetsreactie lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat de minister zich sterk maakt voor kwetsbare groepen. Hoe zet de minister zich precies in voor kwetsbare groepen? Om welke kwetsbare groepen gaat het en welk beleid wordt hierop, uitgesplitst per groep, gevoerd? Welke nieuwe voorstellen kunnen de betreffende leden verwachten om de kwetsbare groepen die genoemd worden in het Nivel-onderzoek te ondersteunen zodat zij minder vaak zorg mijden? Kan worden toegelicht welke specifieke maatregelen, middelen en tijdlijnen hiervoor zijn voorzien? En kan daarnaast worden ingaan op de mogelijke gevolgen van de kabinetsplannen om IVA-gerechtigden niet langer 75% maar 70% van hun laatste loon te geven? Hoe voorkomt het kabinet bij doorgang van de plannen dat deze groep arbeidsongeschikten, die vaak al te maken hebben met hoge woon- en zorgkosten, hierdoor (nog meer) zorg gaat mijden?

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben daarnaast vragen over groepen die niet zijn meegenomen in de studie van Nivel. Wat doet de minister om meer inzicht te krijgen in zorgmijding onder groepen die niet- of ondervetegenwoordigd waren in het onderzoekspanel, bijvoorbeeld mensen met schuldenproblematiek of mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats? Deelt de minister de verwachting dat deze groepen vaker zorg mijden en dat het dus van groot belang is om in kaart te brengen in welke mate deze groepen zorg mijden? Wordt nog nader onderzoek verricht naar de zorgmijding van deze groepen?

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast in het onderzoek van Nivel dat ongewenste zorgmijding ertoe kan leiden dat klachten verergeren, met mogelijke complicaties tot gevolg. Ook kan het leiden tot hogere zorgkosten op een later moment. Onderkent de minister deze risico's van zorgmijding? Hoe kijkt de minister hiernaar in het licht van de forse bezuinigingen op preventie? Wat doet de minister om ervoor te zorgen dat de combinatie van zorgmijding en bezuinigingen op preventie op termijn niet juist leiden tot hogere zorgkosten? Kan de minister ingaan op de bevindingen uit het Nivel-onderzoek dat chronisch zieken en mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker zorg mijden, wat op termijn tot een verslechtering van hun gezondheid en daarmee hogere zorgkosten leidt? Wat doet de minister eraan om dit te voorkomen en zoveel mogelijk terug te dringen?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen tot slot dat uit eerder onderzoek naar zorgmijding, bijvoorbeeld van Patiëntenfederatie Nederland uit 2023, blijkt dat voornamelijk mondzorg en fysiotherapie worden gemeden vanwege financiële redenen. Onlangs bleek uit onderzoek van promovendi van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) dat meer dan de helft van de tandartsen en MKA-chirurgen in Nederland tanden of kiezen trekken van patiënten zonder dat daar een duidelijke tandheelkundige reden voor is, omdat dat goedkoper is dan bijvoorbeeld het plaatsen van een kroon¹. Hoe kijkt de minister naar deze ontwikkeling en wat doet zij om dit tegen te gaan gezien de negatieve gevolgen hiervan voor patiënten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het onderzoek naar de kenmerken van mensen die aangeven af te zien van zorg om financiële redenen. Deze leden waarderen dat nader is onderzocht hoe de grote verschillen in gerapporteerde percentages verklaard kunnen worden en welke inzichten daaronder liggen. Zij hebben wel nog enkele vragen en opmerkingen.

De gerapporteerde percentages van zorgmijding variëren sterk van 3 tot 21%. Het onderzoek verklaart hoe die verschillen er zijn, maar doet geen aanbeveling welke definitie relevant is voor beleid. Momenteel is onduidelijk wat de relevante onderliggende factoren zijn die leiden tot afzien van zorg om financiële redenen? Wat zijn volgens de minister de relevante onderliggende factoren van zorgmijding? De leden van de VVD-fractie vinden dat een deel van de zorgmijding om financiële redenen niet per se slecht is: overwegen of je geld over hebt voor (niet-noodzakelijke) zorg zou heel normaal moeten zijn, of dat je daarvoor gaat sparen of afziet van de behandeling of ingreep. Wat vindt de minister een acceptabel percentage of acceptabele definitie van zorgmijding om financiële redenen? In het onderzoeksrapport wordt ook meerdere keren aangegeven dat afzien van zorg om financiële redenen ook een gewenst effect kan zijn. Het onderzoek geeft echter niet aan om welke percentages het dan gaat, of welke specifieke subgroepen. Is het mogelijk hier meer inzicht in te geven?

De leden van de VVD-fractie hebben in debatten al vaker aangegeven dat veel sociale, financiële of andere problemen van mensen te vaak op het bordje van de zorg komen te liggen, terwijl oorzaak en oplossing buiten het zorgdomein liggen. Een van de redenen van het invoeren van het eigen risico is dan ook om mensen bewust te maken dat zorg niet gratis is, maar geld en tijd van zorgprofessionals kost. De bedoeling is ook om te voorkomen dat onnodig gebruik wordt gemaakt van zorg. Genoemde leden vragen de minister hoe zij dit ziet, ook met het oog op haar eerdere wens als Kamerlid om het hele eigen risico af te schaffen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het eigen risico een reden kan zijn om af te zien van zorg. De eigen bijdragen in Nederland behoren tot de laagste van Europa² en meer dan 90% van de kosten van de zorg die mensen gebruiken wordt collectief betaald. De leden van de VVD-fractie vragen om een overzicht van percentages zorgmijding in andere OESO-landen.

¹ [Trekken zonder noodzaak: helft tandartsen zwicht voor patiënt - Universiteit van Amsterdam](#)

² CBS, 23 mei 2022, [6. Vergelijking met andere landen | CBS](#)

Ook als zorg noodzakelijk is, zijn er mensen die zorg om financiële redenen mijden. Dit kan leiden tot ernstigere gezondheidsproblemen en sterke vermindering van kwaliteit van leven. Is duidelijk om hoeveel mensen het gaat en hoe schadelijk dat is voor de betreffende mensen en voor de zorg in totaal? En zo ja, kan de minister daar ook een cijfermatige reflectie op geven. Is ook bekend wat behandelaars doen om samen met mensen te beslissen over wat de consequenties zijn van bepaalde keuzes voor wel of geen of alternatieve behandelingen en kan de minister ook daar inzicht en een reflectie op geven?

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit onderzoek blijkt dat ontvangers van zorgsubsidies, waaronder de zorgtoeslag, vaker zorg mijden om financiële reden dan mensen die dit niet ontvangen. Hoe reflecteert de minister hierop? Graag ook een reflectie op de effectiviteit van het instrument zorgtoeslag. Is het niet effectiever om in te zetten op het drukken van de hoogte van de nominale premie?

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met kennisgenomen van de 'Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen'. Deze leden erkennen de urgentie om de mijding van zorg voor financieel kwetsbare mensen te verbeteren. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de minister de zorg toegankelijker wil maken door het eigen risico te verlagen naar €165 per jaar en door het eigen risico te trancheren naar €50 per behandeling. Kan de minister een inschatting geven van de impact van deze tranchering op de hoogte van de zorgpremie? Daarnaast constateren deze leden dat deze tranchering pas in 2027 wordt ingevoerd. Overweegt de minister het nemen van aanvullende maatregelen om zorg toegankelijker te maken voor mensen die nu om financiële redenen zorg mijden, gezien de invoering pas in 2027 zal plaatsvinden? Bovendien erkennen deze leden dat het verlagen van het eigen risico een positieve stap is. Echter, voor mensen met een chronische ziekte, beperking of psychische aandoening blijven de kosten vaak hoog door aanvullende uitgaven naast het eigen risico. Is de minister bereid aanvullende maatregelen te treffen om de financiële druk voor deze groepen te verlichten?

De leden van de NSC-fractie constateren dat zorgmijding niet alleen wordt beïnvloed door het inkomen, maar vooral door de bredere financiële situatie van mensen. Op welke manier is de minister van plan ervoor te zorgen dat de financiële situatie van diverse kwetsbare groepen wordt meegenomen in het beleid tegen zorgmijding?

De leden van de NSC-fractie lezen dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden. Kan de minister toelichten of één van de oorzaken hiervan is dat deze mensen zich niet bewust zijn van de zorg en financiële steun waarop zij recht hebben? Hoeveel mensen met een kwetsbare financiële situatie maken momenteel geen gebruik van de beschikbare financiële steun? En is de minister bereid om deze groepen beter te informeren?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie danken de minister voor de brief met betrekking tot het Nivel rapport over het mijden van zorg om financiële redenen. Deze leden vinden dat iedereen in Nederland toegang moet hebben tot zorg. Het mijden van noodzakelijke zorg vanwege financiële redenen, zou in een land als Nederland niet mogen voorkomen. Daartoe hebben deze leden nog verdere vragen.

Een aanbeveling uit het rapport van het Nivel is om oog te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie en niet enkel voor mensen met een laag inkomen. Kan de minister aangeven hoe zij, buiten halvering en tranchering van het eigen risico, opvolging geeft aan deze aanbeveling?

De leden van de D66-fractie staan nog steeds achter haar eigen voorstel om het eigen risico vast te stellen op €385 en op te knippen in delen van €150 per behandeling. De plannen hiervoor lagen klaar om in te voeren per 2025. Deelt de minister de mening dat mensen die momenteel zorg mijden vanwege een financiële situatie, met doorgang van de D66-plannen nu al geholpen hadden kunnen worden, in plaats van dat zij moeten wachten tot 2027? Waarom is er gekozen om pas vanaf 2027 iets voor mensen in een lastige financiële situatie te doen? Ten slotte vragen deze leden of de minister een duidelijk tijdspad met bijbehorende stappen tot halvering en tranchering van het eigen risico in 2027 kan schetsen. Wanneer kunnen zij de eerste voorstellen van de minister hiervoor verwachten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen. Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie lezen dat mensen met beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Dit is voor de BBB-fractie een logisch gevolg. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat deze groep beter toegang krijgt tot het verkrijgen, lezen, begrijpen en gebruiken van gezondheidsinformatie, zodat zij de juiste gezondheidsbeslissingen kunnen nemen en instructies voor behandelingen kunnen volgen?

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie bezorgd over de recente berichtgeving over mondzorg, waarbij tanden en kiezen soms zonder medische noodzaak getrokken worden³. Er is eerder berekend dat het opnemen van mondzorg in het basispakket ongeveer tussen de 1,2 en €1,9 miljard⁴ per jaar zou kosten. Tegelijkertijd leidt het niet behandelen van tandziekten elk jaar tot economische schade van zo'n €3 miljard⁵. Dit zou betekenen dat het opnemen van mondzorg in het basispakket uiteindelijk tussen de €1,1 en €1,8 miljard aan zorgkosten per jaar kan besparen. Genoemde leden wijzen de minister op dit onderzoek, omdat in

³ NOS Nieuws, 17 januari 2025, ['Tanden en kiezen soms getrokken zonder medische noodzaak'](#)

⁴ CPB, 20 juni 2016, [CPB-Notitie-20juni2016-Doorrekening-mondzorg_0.pdf](#)

⁵ [Een-boek-vol-rotte-tanden.pdf](#) & [Tandzorg in Nederland kan beter - Internationale deskundigen publiceren in The Lancet over de mondiale mondzorg - Radboudumc](#)

de huidige modellen vaak wordt aangenomen dat iets pas kan worden meegenomen in de opbrengsten als het in het verleden al bewezen is. Volgens de leden van de BBB-fractie zou dit anders moeten. Hoe kijkt de minister naar de recente berichtgeving rondom mondzorg waar tanden en kiezen soms getrokken worden zonder medische noodzaak? Wat vindt de minister ervan dat het opnemen van mondzorg in het basispakket in de toekomst €1,5 miljard aan zorgkosten zou kunnen besparen? Wat vindt de minister van de huidige werkwijze in de modellenwerkelijkheid, waarbij iets pas wordt opgenomen in de opbrengsten wanneer het in het verleden al bewezen is, en zou deze benadering niet moeten veranderen, bijvoorbeeld in het geval van mondzorg?

De leden van de BBB-fractie zijn nog steeds kritisch over de marktwerking in het huidige zorgsysteem. In het oude systeem werd de zorg meer door de overheid geregeld, maar nu spelen zorgverzekeraars een grote rol, omdat zij met elkaar concurreren om de beste prijs voor zorg. Sinds 2006 zijn hierdoor de zorgpremies en het eigen risico flink gestegen⁶. In 2025 is de gemiddelde premie zelfs €1.880⁷. Door deze stijgingen wordt zorg voor veel mensen steeds minder betaalbaar, terwijl zorgaanbieders onder druk staan om zorg goedkoper aan te bieden. De leden van de BBB-fractie vindt de verlaging van het eigen risico goed, maar denkt dat het systeem anders moet. Daarom hebben genoemde leden de volgende vragen voor de minister. Is de minister van mening dat het huidige systeem van marktwerking heeft bijgedragen aan de stijgende zorgpremies en het hogere eigen risico? En wat vindt de minister van de effecten van marktwerking op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg? Wanneer kan de Kamer haar beloofde visie op de marktwerking verwachten? Hoe kijkt de minister naar de kritiek op het huidige systeem van marktwerking? Ziet zij ruimte om het systeem te veranderen? En is de minister bereid om, net als in het oude systeem, de zorg meer onder overheidsbeheer te brengen om de zorgkosten beter te beheren en zorg toegankelijker te maken voor iedereen?

Tot slot hebben de leden van de BBB-fractie gelezen dat bij mijden van zorg de financiële situatie een belangrijkere rol speelt dan het inkomen. Het rapport van Nivel vindt het daarom belangrijk om bij het tegengaan van zorgmijding om financiële redenen aandacht te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen. Zicht op de financiële situatie van mensen is vermoedelijk beter bekend bij gemeenten. Het is belangrijk dat maatregelen voor mensen met een slechtere financiële situatie in elke gemeente hetzelfde zijn. Hierdoor verschilt het niet per gemeente wie voor welke compensatie in aanmerking komt en dat gelijkwaardige toegang tot zorg niet afhangt van de gemeente waarin iemand woont. Kan de minister toezeggen dat de woonplaats van mensen in een slechtere financiële situatie niet bepalend mag zijn voor het in aanmerking komen voor maatregelen die het afzien van zorg om financiële redenen moeten tegengaan? En wat gaat zij naast de verlaging van het eigen risico doen om aandacht te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen?

⁶ Zorgwijzer, 24 december 2024, [Premie zorgverzekering in vijf jaar tijd met 465 euro gestegen - Zorgwijzer](#)

⁷ [Wat kost het om een zorgverzekering af te sluiten? | Rijksoverheid.nl](#)

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de kennisvraag van NIVEL en de reactie van de minister hierop gelezen. Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal mensen dat zorg mijdt kan oplopen tot 21%. Wat is de reactie van de minister op dit percentage? Kan zij een beschouwing geven over de onderzoeksresultaten en de conclusies die zij hier zelf aanbindt?

De leden van de SP-fractie hebben de minieme reactie van de minister gelezen. Hoe verklaart zij dat mensen tussen de 18 en 39 vaker zorg mijden vanwege de kosten dan mensen die ouder zijn? Klopt het dat de minister maar één voorstel doet om te zorgen voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg, namelijk het verlagen van het eigen risico over 2 jaar? Waarom heeft zij besloten om het opknippen van het eigen risico geen doorgang te geven? Als zij aangeeft dat de medische situatie van mensen leidend moet zijn en niet hun portemonnee, waarom schaft zij dan niet het hele eigen risico af? Welke andere voorstellen is de minister van plan om deze kabinetsperiode te nemen om het mijden van zorg te voorkomen?

De leden van de SP-fractie weten en lezen opnieuw dat ongewenste zorgmijding kan leiden tot het verergeren van klachten, met mogelijke complicaties als gevolg en tot hogere zorgkosten op een later moment. Op welke manier zijn deze hogere kosten onderdeel van de afwegingen van de minister in haar beleid?

Welk gevolg gaat de minister geven aan het feit dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker aangeven af te zien van zorg dan mensen met een uitstekende of zeer goede ervaren gezondheid? Wat is uw reactie op de conclusie dat mensen met een hoog inkomen of een betere financiële situatie minder vaak afzien van zorg vanwege de kosten? Erkent u dat als er niet wordt ingegrepen om deze zorgmijding te voorkomen de klassenverschillen in ons land tussen mensen nog verder wordt vergroot? Bent u bereid deze klassenverschillen te verkleinen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Nivel-onderzoek. Zij vinden de reactie van de minister op het onderzoek, die slechts verwijst naar de voorgenomen halvering van het eigen risico, nogal summier, gelet op de complexiteit van de problematiek waarvan sprake is. Zij hebben hierover dan ook nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de SGP-fractie vinden het een belangrijke constatering van de onderzoekers dat de financiële situatie van mensen een grotere rol lijkt te spelen bij zorgmijding dan hun inkomen. De leden van de SGP-fractie vragen of de minister inzichtelijk kan maken in hoeverre de halvering van het eigen risico ervoor zal zorgen dat mensen zorg krijgen, in plaats van dat zij zorg blijven mijden. Voor hoeveel mensen gaat de vermindering van het eigen risico het verschil maken tussen wel of geen zorg?

Kan de minister verder aangeven wat zij doet voor mensen voor wie niet het eigen risico, maar andere betalingen of verplichte eigen bijdragen de aanleiding vormen voor zorgmijding? De leden van de SGP-fractie denken aan zorg en ondersteuning

die niet via de basisverzekering of aanvullende verzekeringen worden vergoed, zoals relatietherapie of bepaalde medicatie.

De leden van de SGP-fractie vragen de minister om in te gaan op het probleem van de kloof tussen de relatief lage eigen bijdrage in de Wmo en de veel hogere eigen bijdrage in de Wlz. Dit zorgt voor een perverse prikkel, waardoor mensen langer in de Wmo blijven dan wenselijk is. Wat doet de minister daaraan?

Ook vragen de leden van de SGP-fractie aandacht voor mensen met een chronische ziekte of beperking die zorg mijden vanwege de stapeling van zorgkosten. Het halveren van het eigen risico biedt voor hen onvoldoende soelaas. Welke extra acties kunnen genoemde leden van deze minister en dit kabinet verwachten voor deze groep mensen?

De leden van de SGP-fractie lezen dat het hebben van betaald werk soms een rol speelt bij zorgmijding. Indien dit het geval is, geven mensen die betaald werk hebben minder vaak aan af te zien van zorg vanwege de kosten. De leden van de SGP-fractie vragen hoe deze informatie betrokken wordt bij de ondersteuning van mantelzorgers, van wie bekend is dat zij relatief vaker minder of niet werken.

Uit het onderzoek blijkt dat ook de gezondheid van mensen een rol speelt. Zo blijkt uit de kwantitatieve data-analyse dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker afzien van zorg dan mensen met een uitstekende of zeer goede ervaren gezondheid. De leden van de SGP-fractie vragen welke concrete maatregelen de minister hiertegen neemt. De onderzoekers constateren dat gezondheidsvaardigheden van mensen een rol spelen bij zorgmijding. De leden van de SGP-fractie vragen de minister welke maatregelen zij neemt om gezondheidsvaardigheden te versterken.

II. Reactie van de minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van het Nivel rapport 'Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen' en hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

Het onderzoek toont aan dat financiële redenen absoluut een reden kunnen zijn voor mensen om van zorg af te zien. Genoemde leden zijn dan ook erg blij dat vanaf 2027 het eigen risico fors verlaagd wordt en kijken uit naar de dag dat het eigen risico volledig kan worden afgeschaft. De medische situatie van mensen en niet de financiële situatie, moet wat deze leden betreft te allen tijde leidend zijn om wel of niet voor zorg of behandeling te kiezen. Wat zijn naast het verlagen van het eigen risico (en in de periode tot 2027) de plannen van de minister om ervoor te zorgen dat de groep zorgmijders, zowel gewenste als ongewenste zorgmijders, kleiner wordt?

Ik vind het mijden van zorg om financiële redenen altijd ongewenst, omdat de portemonnee niet leidend mag zijn in de overweging om gebruik te maken van de zorg. De vraag of zorg noodzakelijk is hoort altijd plaats te vinden in het gesprek tussen zorgverlener en de patiënt, waarbij wordt uitgegaan van de stand van de wetenschap en praktijk. De zorgverlener en patiënt bepalen samen wat iemand zelf (nog) kan doen en welke zorg nodig is bij het verbeteren van de gezondheid. Het Kabinet vindt niet het eigen risico, maar juist andere instrumenten meer aangewezen om te bepalen wat voor een patiënt medische noodzakelijke zorg is en of deze gezien het beperkte zorgaanbod gegeven kan worden.

Het kabinet vindt dat het huidige verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel opwerpt. Daarom zal het kabinet het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165 en voor medisch specialistische zorg trancheren op € 50, met het doel de toegang tot zorg voor iedereen te vergroten en deze ook gelijkwaardiger te maken. Daarnaast investeert het kabinet in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere wachtlijstbemiddeling en triage, maar bijvoorbeeld ook een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod.

Naast de verlaging, en tot die tijd bevriezing, van het eigen risico heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd om lastenverlichting te bereiken. Deze maatregelen leiden daarmee tot een positief koopkrachtbeeld. Er is dus aandacht voor de financiële situatie van ook andere mensen dan mensen met een laag inkomen. In aanvulling op het kabinetsbeleid zijn er andere, reeds bestaande, mogelijkheden die mensen kunnen helpen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. Denk bijvoorbeeld aan de zorgtoeslag, de ondersteuning die gemeenten aan hun inwoners kunnen bieden of de aftrekpost 'uitgaven voor specifieke zorgkosten' via de aangifte inkomstenbelasting.

Wanneer mensen zorg mijden, om wat voor een reden dan ook, kan dit leiden tot hogere zorgkosten op een later moment. Kan de minister een inschatting maken van de toename aan zorgkosten die hiermee gepaard gaan? Waarom is er tijdens dit onderzoek geen onderscheid gemaakt tussen gewenste en ongewenste

zorgmijding? Kan er een inschatting gemaakt worden van de gezondheidsschade bij mensen met een chronische ziekte omdat uit onderzoek blijkt dat daar het percentage zorgmijders hoger ligt?

Het Nivel-onderzoek 'Kennismvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen' maakt inderdaad, net als in andere vergelijkbare onderzoeken, geen onderscheid tussen het afzien van noodzakelijke als minder noodzakelijke zorg. In de praktijk is het niet goed mogelijk om dit onderscheid te maken en daarom is het ook niet duidelijk in welke mate de zorg waarvan wordt afgezien noodzakelijke zorg is. Wat noodzakelijke en passende zorg is, is overigens per persoon verschillend en wordt in individuele gevallen in samenspraak tussen patiënt en zorgverlener bepaald. De meeste studies naar zorgmijding concluderen alleen dát mensen om financiële redenen zorg kunnen uitstellen of hiervan afzien, en dat dit kan gaan om zowel noodzakelijke als minder noodzakelijke zorg.⁸ In bijvoorbeeld het onderzoek⁹ naar de gevolgen van de verhoging van het eigen risico destijds, is door de onderzoekers getracht een onderscheid te maken naar waarschijnlijk gewenste en ongewenste zorgmijding aan de hand van door de onderzoekers opgestelde criteria. Voor een groot gedeelte van de groep mensen die afzag van zorg was het ondanks de in dit onderzoek gehanteerde criteria niet goed te beoordelen of er sprake was van waarschijnlijk gewenste of ongewenste zorgmijding.

Het is eveneens niet duidelijk in welke mate zorgmijding schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid. De gevolgen van zorgmijding zijn zeer moeilijk te onderzoeken en kwantificeren. Dit komt omdat dit effecten zijn die pas na jaren zichtbaar kunnen worden. Om dit te onderzoeken is het nodig om mensen over vele jaren te volgen. Daarnaast zou het nodig zijn om andere gebeurtenissen die van invloed zijn op gezondheid van mensen te scheiden van het effect van afzien van zorg op gezondheid. Ik kan daarom geen kwantitatieve onderbouwing geven van toenemende zorgkosten als gevolg van zorgmijding.

De leden van de PVV-fractie lezen dat ook gezondheidskenmerken een rol spelen bij zorgmijding. Mensen met onvoldoende of beperkte gezondheidsvaardigheden geven vaker aan af te zien van zorg dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Welke redenen worden daarvoor gegeven? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat het hebben van voldoende gezondheidsvaardigheden onder de Nederlandse bevolking groeit? Zijn hier al acties voor ingezet? Zo ja, welke?

Ten eerste betreur ik het dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden van patiënten en inwoners beschouw ik als een gezamenlijke opgave voor de gehele maatschappij. Dit betekent dat vanuit verschillende domeinen wordt gewerkt aan het stimuleren van de gezondheidsvaardigheden.

De aandacht voor gezondheidsvaardigheden is integraal onderdeel van goede en passende zorg en is daarom structureel onderdeel van verschillende programma's

⁸ Zie bijvoorbeeld: 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 Van Dijk en Van de Vijver (2013), Keuzegedrag in zorg.

en afspraken binnen VWS, waarvan een aantal hieronder wordt uitgelicht. Om te zorgen dat er voldoende toegankelijke en begrijpelijke zorg is voor iedereen ongeacht iemands achtergrond en opleidingsniveau wordt er vanuit VWS o.a. extra ingezet op een stimuleringsaanpak voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden, aanvullend op de afspraken uit het IZA en GALA. Zo wordt er momenteel gewerkt aan ondersteuning van zorgorganisaties om toe te werken naar de gezondheidsvaardige organisatie¹⁰. En neemt Nederland sinds vorig jaar weer deel aan het Europese WHO-action netwerk M-POHL om de gezondheidsvaardigheden te meten op populatie- en organisatieniveau en de uitkomsten te vergelijken met andere EU-lidstaten. Met de onderzoeksresultaten kan het beleid voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden verder worden aangescherpt voor de Nederlandse situatie. Voor betrouwbare en begrijpelijke medicijninformatie is in 2018 het Netwerk Patiëntinformatie (NPI) opgericht in opdracht van VWS. En het Zorginstituut voert de subsidieregeling Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen uit. Deze heeft in 2023 het thema Samen beslissen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gekregen en loopt tot eind 2025.

Onderdeel van gezondheidsvaardigheden zijn digitale vaardigheden. In het Integraal Zorgakkoord is ook expliciet de afspraak opgenomen burgers te ondersteunen in het digitaal vaardig(er) worden. Zo werkt VWS samen met onder andere het ministerie van BZK aan de Alliantie Digitaal Samenleven. Voor hulpvragen specifiek rondom digitale zorg kunnen mensen bij de Helpdesk Digitale Zorg terecht. Ook kunnen mensen terecht bij bibliotheken voor het verbeteren van hun digitale vaardigheden. En vanuit het Ministerie van OCW wordt bijvoorbeeld ingezet op het verhogen van basisvaardigheden van leerlingen. De staatssecretaris voor Funderend Onderwijs voert daarvoor het Masterplan basisvaardigheden uit¹¹.

Uit registratiedata kan niet alle informatie worden gehaald, dit geldt bijvoorbeeld voor de reden om af te zien van een eerste huisarts bezoek en ook is er op basis van registratie niet duidelijk waarom is afgezien van zorg. Is er in het onderzoek rekening mee gehouden dat er ook mensen zijn die mogelijk geen vast huisarts hebben? Genoemde leden kunnen zich voorstellen dat dit een drempel opwerpt om een eerste huisarts bezoek te maken. In hoeverre draagt het niet ingeschreven staan bij een vaste huisarts bij aan het mijden van zorg? Kan de minister aangeven hoeveel mensen in Nederland er op 1 januari 2025, nog steeds wachten op inschrijving bij een vaste huisarts? Wat heeft de minister inmiddels gedaan om het aantal praktijk houdende huisartsen te vergroten? Zijn er daadwerkelijk meer praktijkhoudende huisartsen bijgekomen? Hoeveel Nederlanders stonden er op 1 januari 2025 op een wachtlijst om in te schrijven bij een tandarts?

In het onderzoek dat Nivel heeft uitgevoerd is niet meegenomen of mensen wel of geen vaste huisarts hebben. Het is inderdaad wel voorstelbaar dat het niet hebben van een vaste huisarts mogelijk een drempel opwerpt om een huisarts te bezoeken. In hoeverre dit bijdraagt aan het afzien van zorg is in dit onderzoek echter niet onderzocht.

¹⁰ Een gezondheidsvaardige organisatie is een organisatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen en die rekening houdt met de gezondheidsvaardigheden van de samenleving.

¹¹ Kamerstukken II, 2024/2025, 31 293, nr. 775

Met de recente Kamerbrief Versterking Eerstelijnszorg¹² heb ik uw Kamer geïnformeerd over het Nivel-onderzoek naar het aantal mensen dat niet staat ingeschreven bij een huisartsenpraktijk, maar dit wel wil.¹³ Op basis van dit onderzoek schat Nivel dat 36.800 volwassen mensen in Nederland ongewenst niet staan ingeschreven bij een huisartsenpraktijk. Echter, in deze steekproef waren sommige groepen ondervertegenwoordigd, waardoor het daadwerkelijke aantal naar verwachting nog iets hoger is. Recentere cijfers zijn niet bekend.

Ik vind het belangrijk dat huisartsen meer met een vaste patiëntenpopulatie gaan werken. Dit kan middels het praktijkhouderschap, maar ook in loondienst. Met het Integraal Zorg Akkoord is een aantal belangrijke stappen gezet om het praktijkhouderschap aantrekkelijker te maken. Hierover is uw Kamer recent geïnformeerd in de Kamerbrief Versterking Eerstelijnszorg¹⁴. Iedere huisartsenpraktijk heeft toegang tot meer tijd voor de patiënt (MTVP) en dit is per 2025 structureel bekostigd. Daarnaast is er ingezet op betere verdeling van de verantwoordelijkheid voor het invullen van de avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) door praktijkhouders én niet praktijkhouders. Ook is er, in samenwerking met de partijen¹⁵, een Handreiking huisvesting huisartsen en gezondheidscentra ontwikkeld. Deze handreiking geeft inzicht in de rollen en handelingsperspectieven van verschillende partijen als een huisarts met huisvestingsproblematiek kampt. Ik heb uw Kamer eerder toegezegd vóór de zomer van 2025 een geactualiseerde versie van de handreiking op te leveren¹⁶. In het aanvullend zorg- en welzijnsakkoord (AZWA) spreek ik met de partijen verder over hoe we het werken met een vaste populatie door huisartsen kunnen stimuleren.

Zoals hierboven benoemd vind ik het belangrijk dat huisartsen weer meer gaan werken met een vaste patiëntenpopulatie. De vorm waarin zij dat doen – als praktijkhouder of in loondienst – is daarbij ondergeschikt. Cijfers van de Nivel-registratie van huisartsen en huisartsenpraktijken laten zien dat tussen 2020 en 2022 er een afname was van het aantal praktijkhoudende huisartsen. Het totaal aantal regulier gevestigde huisartsen (praktijkhouder, loondienst of vaste waarnemer) nam wel toe in deze periode¹⁷.

Vermoedelijk wordt met de laatste vraag bedoeld hoeveel mensen op een wachtlijst staan om ingeschreven te worden bij een huisarts, in plaats van een tandarts. Voor de volledigheid geef ik u ook inzicht in de wachttijden bij tandartsen. In de mondzorg gelden geen abonnementstarieven, waardoor er vanuit de overheid geen zicht is op hoeveel mensen er ingeschreven staan bij een tandartspraktijk of hoeveel mensen er op wachtlijsten staan. Om die reden kan de vraag niet concreet beantwoord worden. De KNMT houdt echter wel bij hoeveel praktijken nieuwe patiënten aannemen¹⁸. In 2023 nam 42% van de praktijken

¹² Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 122

¹³ Nivel, Burger over inschrijving bij een (nieuwe) huisartsenpraktijk, <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004665.pdf>

¹⁴ Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 122

¹⁵ Landelijke Huisartsen Vereniging, InEen, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Nederlandse Zorgautoriteit en ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

¹⁶ Kamerstukken II, 2024/25, 33 578, nr. 123

¹⁷ <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/1004340.pdf>

¹⁸ Wachttijden en aannemen van nieuwe patiënten, Staat van de Mondzorg, [Wachttijden in tandartspraktijken - Staat van de Mondzorg](#)

onvoorwaardelijk nieuwe patiënten aan, 36% van de praktijken nam onder voorwaarden nieuwe patiënten aan en 22% nam geen nieuwe patiënten aan. Dit zijn de landelijke cijfers; regionaal kunnen hier nog veel verschillen in zitten.

Uiteraard zijn er ook mensen die weloverwogen afzien van zorg en/of behandeling, anders dan om financiële redenen. Zijn daar tijdens het onderzoek cijfers van bekend geworden? Zo ja, kunnen deze cijfers en de redenen hiervan gedeeld worden? Zo nee, waarom is niet meegenomen wat de reden is dat mensen afzien van zorg en/of behandeling anders dan financiële redenen?

In het Nivel-onderzoek is niet gekeken naar niet-financiële redenen om af te zien van zorg. De reden hiervoor is dat het ministerie van VWS een verdiepingsslag op de al bestaande infographics van Nivel heeft gevraagd, namelijk verdieping naar de achtergrondkenmerken van mensen die om financiële redenen afzien van zorg. In die bestaande informatie gaat het enkel om mensen die om financiële redenen afzien van zorg.

Nivel heeft eerder, in 2015, een onderzoek uitgebracht waarin ook andere redenen voor het mijden van zorg in kaart zijn gebracht. De redenen om niet naar de huisarts te gaan bleken divers. In dit onderzoek maakt Nivel onderscheid tussen redenen voor afzien van zowel huisartsenzorg als vervolgzorg. Van de respondenten die een advies van de huisarts niet opvolgen, noemt meer dan de helft 'opzien tegen kosten' als reden. Andere redenen om het advies van de huisarts niet op te volgen zijn volgens Nivel de persoonlijke situatie van de patiënt. Deze redenen zijn helaas in het onderzoek niet verder uitgesplitst. Kortom, uit dit onderzoek blijkt dat ook niet-financiële redenen ertoe kunnen leiden dat mensen afzien van zorg. Dit is overigens wel bekend voor de mondzorg¹⁹. In totaal blijkt dat circa 1,4 mln. volwassenen in Nederland niet ten minste om de twee jaar naar de tandarts gaan, waarvan circa 640.000 volwassenen dit niet doen om financiële redenen, 355.000 vanwege een gebrek aan besef van urgentie en 426.000 vanwege angst. Financiële en niet-financiële redenen kunnen ook stapelen en elkaar versterken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben met veel interesse kennisgenomen van de voorliggende stukken en het onderzoek van Nivel over kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen. Genoemde leden vinden het zeer zorgelijk dat uit het onderzoek naar voren komt dat financiële redenen ten grondslag kunnen liggen aan het mijden van zorg, en dat dit sterker speelt bij kwetsbare groepen. Het verminderen van deze ongelijke toegang tot zorg is voor deze leden van enorm belang. Zij hebben hier dan ook meerdere vragen over.

De minister schrijft in de beleidsreactie dat de medische situatie van mensen leidend moet zijn, en niet hun portemonnee. De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zijn het hier zeer mee eens, maar zien dit nog niet terugkomen in het kabinetsbeleid. Hoewel de minister schrijft zich in te zetten voor gelijkwaardigere toegang tot zorg, zien deze leden juist dat de zorgkosten stijgen, bijvoorbeeld door de hogere zorgpremie. Wat gaat de minister tot de verlaging van het eigen

¹⁹ Kamerstukken II, 2023/2024, 32620 nr 292

risico in 2027 doen om de toegang tot zorg te verbeteren en ervoor te zorgen dat mensen geen zorg hoeven te mijden vanwege hun financiële situatie? Welk beleid wordt er in de tussentijd (2025-2026) gevoerd om de toegang tot zorg gelijk te maken? En hoe wordt voorkomen dat een verlaging van het eigen risico deels teniet wordt gedaan door een hogere zorgpremie, waardoor de zorgkosten voor veel mensen nog steeds (te) hoog blijven?

Het kabinet vindt dat het huidige verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel opwerpt en vindt ook onwenselijk als iemand vanwege financiële redenen afziet van noodzakelijke zorg. Het kabinet is van mening dat niet je portemonnee, maar je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg. Daarom zal het kabinet het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165. Er is voor de verlaging van het verplicht eigen risico een wetgevingstraject van twee jaar nodig, waardoor deze op z'n vroegst vanaf 2027 in kan gaan. In 2026 bevriest het kabinet het verplicht eigen risico op € 385. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet daarnaast per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. De € 2,5 miljard die beschikbaar was vanuit het hoofdlijnenakkoord voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar het verlagen van het verplicht eigen risico is volledig ingezet als dekking van dit pakket.

Door het verlagen van het verplicht eigen risico vanaf 2027 zal de zorgpremie stijgen. De zorgtoeslag stijgt echter ook. Verder zal het kabinet burgers en bedrijven volledig compenseren voor de eerdergenoemde stijging van de zorgpremie via de eerdergenoemde verlaging van de inkomstenbelasting en een verlaging van de AOF-premie.

Het baart de leden van GroenLinks-PvdA-fractie zorgen dat bij het mijden van zorg om financiële redenen de financiële situatie (kunnen rondkomen) een grotere rol speelt dan het inkomen. In hoeverre wordt in het kabinetsbeleid de conclusie van Nivel meegenomen dat bij het tegengaan van zorgmijding om financiële redenen aandacht moet zijn voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen? Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat ook voor de middengroepen, die bijvoorbeeld geen toegang hebben tot toeslagen, de toegang tot zorg verbeterd wordt? Worden hier specifieke maatregelen voor genomen en worden hier middelen voor vrijgemaakt? En hoe kijkt de minister naar de conclusie van Nivel dat het van belang is dat maatregelen met betrekking tot het tegengaan van zorgmijding moeten worden ingebed in breder beleid gericht op het vergroten van de bestaanszekerheid, omdat de betaalbaarheid van zorg ook afhankelijk is van andere kosten voor levensonderhoud zoals boodschappen of energiekosten? In hoeverre wordt hier vanuit het ministerie van VWS op samengewerkt met andere departementen, bijvoorbeeld met het ministerie van SZW?

Het Kabinet zet in op het vergroten en gelijkwaardiger maken van de toegang tot zorg voor iedereen, door de forse verlaging van het eigen risico tot € 165. Er wordt hierin geen onderscheid gemaakt naar specifieke inkomensgroepen zoals middeninkomens. Het Kabinet is van mening dat de medische urgentie, en niet je portemonnee, leidend moet zijn voor de zorgvraag.

Naast de verlaging, en tot die tijd bevrozing, van het eigen risico heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd om lastenverlichting te bereiken. Deze maatregelen leiden daarmee tot een positief koopkrachtbeeld. Er is dus aandacht voor de financiële situatie van ook andere mensen dan mensen met een laag inkomen.

In aanvulling op het kabinetsbeleid zijn er andere, reeds bestaande, mogelijkheden die mensen kunnen helpen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. Denk bijvoorbeeld aan de zorgtoeslag, de ondersteuning die gemeenten aan hun inwoners kunnen bieden of de aftrekpost 'uitgaven voor specifieke zorgkosten' via de aangifte inkomstenbelasting. Van deze fiscale regeling kunnen ook mensen met een midden of hoger inkomen gebruik maken. Op dit moment vindt er overigens gezamenlijk met verschillende ministeries een ambtelijke verkenning plaats naar mogelijke aanpassingen van en alternatieven voor de fiscale regeling op de langere termijn. Dit naar aanleiding van de in 2022 uitgevoerde evaluatie²⁰ van de huidige 'aftrek specifieke zorgkosten'.

Of de zorg op individueel niveau betaalbaar is, hangt inderdaad ook af van andere kosten voor levensonderhoud. Op het thema van bestaanszekerheid wordt tussen de verschillende departementen samengewerkt. Zo is er het programma Vereenvoudiging Inkomensondersteuning voor Mensen (VIM) waar verschillende ministeries en publieke dienstverleners samenwerken om domeinoverstijgende knelpunten voor burgers op te lossen die raken aan hun inkomensondersteuning. Verder is een interdepartementale werkgroep onder leiding van VWS in beeld aan het brengen welke financiële regelingen er bestaan specifiek voor mensen met een chronische ziekte en beperking. In dit traject wordt ook aandacht besteed aan het niet-gebruik van deze regelingen.

Daarnaast trekt het ministerie van VWS veel samen op met het ministerie van SZW als het gaat over de relatie tussen bestaanszekerheid en zorggebruik, zoals bij de aanpak van problematische schulden. Bijvoorbeeld door te investeren in de samenwerking tussen zorgverleners en (schuld)hulpverleners. Ook werkt het ministerie van VWS samen met zorgverzekeraars, zorgverleners en SZW, om de mijding van mondzorg te verminderen. Voor de korte termijn wordt hiervoor gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen en de opzet van informele mondzorgnetwerken. Voor de langere termijn worden de opties voor landelijke maatregelen in beeld gebracht.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben daarnaast meerdere vragen over het mijden van zorg door kwetsbare groepen. Uit het onderzoek van Nivel blijkt onder meer dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid, mensen met chronische aandoeningen, mensen zonder betaald werk en mensen met een migratieachtergrond vaker afzien van zorg. Ook komt uit diverse onderzoeken die Nivel aanhaalt naar voren dat mensen die fysieke arbeid verrichten, werkloos zijn of die vanwege arbeidsongeschiktheid van een uitkering moeten leven vaker zorg mijden. In de kabinetsreactie lezen de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat de minister zich sterk maakt voor kwetsbare groepen. Hoe zet de minister zich precies in voor kwetsbare groepen? Om welke kwetsbare groepen gaat het en welk beleid wordt hierop, uitgesplitst per groep, gevoerd? Welke nieuwe voorstellen kunnen de betreffende leden verwachten om de kwetsbare groepen die

²⁰ Dialogic, Evaluatie aftrek specifieke zorgkosten, 2022

genoemd worden in het Nivel-onderzoek te ondersteunen zodat zij minder vaak zorg mijden? Kan worden toegelicht welke specifieke maatregelen, middelen en tijdlijnen hiervoor zijn voorzien?

Het kabinet wil met het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 per 2027 bereiken dat minder mensen om financiële redenen noodzakelijke medische zorg uitstellen of hiervan afzien. Hoewel dit een generieke maatregel is, helpt dit met name kwetsbare mensen. Het onderzoek door het Nivel laat zien dat mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid relatief vaker om financiële redenen afzien van zorg.²¹ Dit beeld wordt ook bevestigd door ander onderzoek.²² Onder mensen met een chronische ziekte ziet bijvoorbeeld 1 op de 7 of zelfs 1 op de 5 mensen af van zorg omdat ze er voor moeten betalen.^{23,24}

Ook kiest het kabinet met de verlaging van het eigen risico voor een lagere medefinanciering en daarmee voor een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen. Naast de verlaging, en tot die tijd bevrozing, van het eigen risico heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd om lastenverlichting te bereiken. Het totale pakket aan betekent vooral dat mensen met een lager inkomen en een hogere zorgvraag, er financieel op vooruit gaan.

Binnen de Zorgverzekeringswet geldt dat de voorwaarden voor iedereen gelijk zijn. Het is dus niet mogelijk om onderscheid te maken naar bepaalde groepen, bijvoorbeeld met een lager inkomen of die van een uitkering leven, voor de vraag of iemand wel of geen recht heeft op zorg en welk gedeelte van de kosten voor eigen rekening komen.

Er zijn wel andere mogelijkheden om mensen te helpen die moeite hebben om de zorgrekening te betalen. Zo is er bijvoorbeeld de zorgtoeslag. En kunnen financieel kwetsbare groepen worden geholpen met gemeentelijke regelingen. Een voorbeeld hiervan is de meerkostenregeling. Voor medicijnen, aanpassingen of andere extra's kunnen mensen met een chronische ziekte en/of handicap bij de gemeente de meerkostenregeling aanvragen. Ook kunnen zij, afhankelijk van hun inkomen, bijvoorbeeld gebruikmaken van de gemeentepolis met een uitgebreide aanvullende zorgverzekering en lagere premie hierop dankzij de gemeentelijke bijdrage. In veel gemeentepolissen is het eigen risico herverzekerd en wordt een eventuele eigen bijdrage Wmo vanuit de gemeentepolis betaald. Het is overigens aan gemeenten om te bepalen of en onder welke voorwaarden zij deze regelingen aanbieden.

En kan daarnaast worden ingaan op de mogelijke gevolgen van de kabinetsplannen om IVA-gerechtigden niet langer 75% maar 70% van hun laatste

²¹ Rapport 'Kennivraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen', Nivel, 2024

²² How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011, Kiil & Houlberg, 2014

²³ [Patiëntenfederatie Nederland. \(2023\). Stapeling zorgkosten.](#)

²⁴ [Salampeyy, B. H., Portrait, F. R. M., Donker, M., Ismail, I., & Hijden, E. J. E., van der \(2022\). How important is income in explaining individuals having forgone healthcare due to cost-sharing payments? Results from a mixed methods sequential explanatory study. BMC Health Services Research, 22\(208\). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-022-07527-z>](#)

loon te geven? Hoe voorkomt het kabinet bij doorgang van de plannen dat deze groep arbeidsongeschikten, die vaak al te maken hebben met hoge woon- en zorgkosten, hierdoor (nog meer) zorg gaat mijden?

De hoogte van de arbeidsongeschiktheidsuitkering voor volledig en duurzaam arbeidsongeschikte (ex-)werknemers (IVA-uitkering) bedraagt momenteel 75% van het (gemiddelde) laatstverdiende loon. In de Kamerbrief van 28 januari jl.²⁵ heeft het kabinet aangegeven dat het aantal soorten uitkeringen binnen de wet WIA vereenvoudigd zou kunnen worden. De IVA-uitkering en de WGA-vervolguitkering zouden kunnen komen te vervallen. Hierover heeft nog geen besluitvorming plaatsgevonden. Bij de besluitvorming zal een afweging worden gemaakt tussen enerzijds de gevolgen voor de uitkeringsgerechtigde en diens eventueel (financieel) betrokken (ex-)werkgever en de uitvoerbaarheid en betaalbaarheid van het arbeidsongeschiktheidsstelsel anderzijds.

Een gevolg van het vervallen van de IVA-uitkering kan zijn dat toekomstige volledig arbeidsongeschikten een maximale uitkering van 70% van het (gemiddelde) laatstverdiende loon ontvangen. Wat de gevolgen hiervan zijn voor iemands persoonlijke financiële situatie hangt van diverse factoren af, zoals de hoogte van iemands (gezins-)inkomen voorafgaand aan de arbeidsongeschiktheid. Maar ook of iemand een aanvullende private verzekering heeft voor arbeidsongeschiktheid. Dit kan door een werknemer zelf worden afgesloten, maar is ook in veel cao's opgenomen. De omvang van een inkomensval bij volledige (en duurzame) arbeidsongeschiktheid kan daarom verschillen per uitkeringsgerechtigde, evenals de gevolgen voor zorgkosten.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie hebben daarnaast vragen over groepen die niet zijn meegenomen in de studie van Nivel. Wat doet de minister om meer inzicht te krijgen in zorgmijding onder groepen die niet- of ondervertegenwoordigd waren in het onderzoekspanel, bijvoorbeeld mensen met schuldenproblematiek of mensen zonder vaste woon- en verblijfplaats? Deelt de minister de verwachting dat deze groepen vaker zorg mijden en dat het dus van groot belang is om in kaart te brengen in welke mate deze groepen zorg mijden? Wordt nog nader onderzoek verricht naar de zorgmijding van deze groepen?

Het onderzoek van Nivel laat zien dat moeite met rondkomen een grotere rol speelt bij het afzien van zorg dan de hoogte van het inkomen. Daar zou ook sprake van kunnen zijn bij mensen met schulden. Het kan interessant zijn om deze conclusie in de toekomst te kwantificeren, maar ik verwacht niet dat dit tot hele nieuwe inzichten zal leiden. Ik zie op dit moment geen aanleiding om hier onderzoek naar te doen. Met de voorgenomen maatregelen met betrekking tot het verplicht eigen risico heeft op alle verzekerden betrekking en dus ook mensen die te maken hebben met schuldenproblematiek.

De groep mensen die geen vaste woon- en verblijfplaats heeft (en daardoor soms ook geen zorgverzekering), is een aparte groep. Er is al onderzoek²⁶ beschikbaar naar zorgmijding bij de groep dak- en thuisloze personen en de gevolgen van zorgmijding voor de gezondheid van deze groep. Zorgmijding bij deze groep heeft vaak meerdere redenen. Het is lastig om precies te kwantificeren welke reden tot

²⁵ Kamerstukken II, 2024/2025, 26448, nr. 799

²⁶ Slockers M, Laere I van, Muijsenbergh M van den. Gezondheidsproblemen bij daklozen. Huisarts Wet 2017; 60(7): 360-2

welke make van zorgmijding leidt bij deze groep. Ik heb aangekondigd te willen werken aan maatregelen gericht op het verminderen van de problematiek met onverzekerde en daarmee het verbeteren van de toegang tot zorg. Daarbij wordt waar relevant de beschikbare literatuur gebruikt. Ik vind een aanvullend onderzoek naar zorgmijding bij deze groep op dit moment niet zinvol.

Over mensen met schulden bij de zorgverzekeraar is het goed om op te merken dat zij ten alle tijde verzekerd blijven voor de basisverzekering die zij hebben afgesloten. Ook als zij worden aangemeld bij het CAK voor de regeling betalingsachterstand zorgpremie en zelfs als zij de bestuursrechtelijke premie niet betalen. Ik kan mij voorstellen dat de stress van schuldenproblematiek leidt tot gezondheidsklachten en soms ook tot het mijden van de zorg. Het is daarom belangrijk dat we blijven inzetten op het voorkomen en snel oplossen van schulden. Het kabinet zet in op het terugdringen van het aantal mensen met problematische schulden en heeft hiervoor in het Regeerprogramma het Nationaal programma Armoede en Schulden aangekondigd. In de Kamerbrief 'voortgangsbrief armoede en schulden'²⁷ van 19 december 2024 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uw Kamer geïnformeerd over de voortgang.

De leden van GroenLinks-PvdA-fractie lezen daarnaast in het onderzoek van Nivel dat ongewenste zorgmijding ertoe kan leiden dat klachten verergeren, met mogelijke complicaties tot gevolg. Ook kan het leiden tot hogere zorgkosten op een later moment. Onderkent de minister deze risico's van zorgmijding? Hoe kijkt de minister hiernaar in het licht van de forse bezuinigingen op preventie? Wat doet de minister om ervoor te zorgen dat de combinatie van zorgmijding en bezuinigingen op preventie op termijn niet juist leiden tot hogere zorgkosten? Kan de minister ingaan op de bevindingen uit het Nivel-onderzoek dat chronisch zieken en mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker zorg mijden, wat op termijn tot een verslechtering van hun gezondheid en daarmee hogere zorgkosten leidt? Wat doet de minister eraan om dit te voorkomen en zoveel mogelijk terug te dringen?

Het verplicht eigen risico kan een te hoge financiële drempel worden voor mensen die zorg nodig hebben en leiden tot het uitstellen of afzien van medische zorg die noodzakelijk is. Patiënten kunnen daardoor duurdere en ziekere patiënten worden. Het is echter op basis van wetenschappelijk onderzoek niet duidelijk in welke mate dit leidt tot hogere zorgkosten op een later moment. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek een hele lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er echter ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid ook beïnvloeden en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Maar ondanks dat het moeilijk te kwantificeren is, vindt het kabinet dat het huidige verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel opwerpt en vindt het kabinet het ook onwenselijk als iemand vanwege financiële redenen afziet van noodzakelijke zorg. Het kabinet is van mening dat niet je portemonnee, maar je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg en verlaagt daarom het verplicht eigen risico fors naar € 165. Het kabinet verwacht dat door deze forse verlaging van het verplicht eigen risico mensen

²⁷ Kamerstukken II, nr. 24515-779

minder vaak zorg zullen mijden en dat dit tot een betere gezondheid op lange termijn zal leiden. Ik verwacht dus juist voor deze groep een positief effect van de forse verlaging van het eigen risico op hun gezondheid. Verder merk ik op dat met name chronisch zieken die op dit moment elk jaar hun eigen risico van € 385 vol maken profiteren van de verlaging naar € 165, omdat ze minder eigen risico kwijt zijn.

In de Kamerbrief van 21 oktober 2024 van de staatssecretaris van Jeugd, Preventie en Sport, en van mij, heeft dit kabinet de bezuiniging op preventie toegelicht. Dit kabinet zet in op het ontwikkelen van systemen en kaders om toekomstige investeringen in preventie beter te kunnen onderbouwen en effectiever in te zetten. Hieronder vallen ook inspanningen gericht op het voorkomen van ziekten of het tijdig signaleren ervan om behandeling te starten.

Kortom, ik herken de risico's die de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie schrijven en meen dat ik door dit beleid juist inzet op het voorkomen van hogere zorgkosten later.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen tot slot dat uit eerder onderzoek naar zorgmijding, bijvoorbeeld van Patiëntenfederatie Nederland uit 2023, blijkt dat voornamelijk mondzorg en fysiotherapie worden gemeden vanwege financiële redenen. Onlangs bleek uit onderzoek van promovendi van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA) dat meer dan de helft van de tandartsen en MKA-chirurgen in Nederland tanden of kiezen trekken van patiënten zonder dat daar een duidelijke tandheelkundige reden voor is, omdat dat goedkoper is dan bijvoorbeeld het plaatsen van een kroon²⁸. Hoe kijkt de minister naar deze ontwikkeling en wat doet zij om dit tegen te gaan gezien de negatieve gevolgen hiervan voor patiënten?

Ik vind het verdrietig als mensen hun tanden laten trekken, omdat zij geen geld hebben voor een goede behandeling. Tegelijkertijd kan ik niet alle problemen die mensen ervaren met het betalen van hun zorgrekening in één keer oplossen.

Het speerpunt van dit Kabinet is het substantieel verlagen van het eigen risico, waar ik vol op inzet. Verder zorg ik ervoor dat voor een volgend Kabinet de opties rondom mondzorg voor minima goed in beeld zijn. Zo heb ik het Zorginstituut gevraagd een onderzoek te doen naar verschillende mogelijkheden voor het opnemen van mondzorg in het basispakket. En ook brengt het Ministerie van VWS in 2025, samen met de mondzorgsector en zorgverzekeraars, de opties voor een gericht alternatief voor mensen met een smalle beurs in beeld. Hierover wordt uw Kamer in het najaar geïnformeerd, zoals ik eerder heb toegezegd.

Ook ontvangt uw Kamer, zoals ik al eerder aangaf, in het voorjaar een brief met daarin de geleerde lessen uit de gemeentepilots waaraan 15 gemeenten deelnamen en die tot doel hebben de toegang voor minima tot mondzorg te verbeteren. Deze pilots zijn gestart na het adviesrapport van de projectgroep "mijding mondzorg door minima om financiële redenen".

²⁸ [Trekken zonder noodzaak: helft tandartsen zwicht voor patiënt - Universiteit van Amsterdam](#)

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben kennisgenomen van het onderzoek naar de kenmerken van mensen die aangeven af te zien van zorg om financiële redenen. Deze leden waarderen dat nader is onderzocht hoe de grote verschillen in gerapporteerde percentages verklaard kunnen worden en welke inzichten daaronder liggen. Zij hebben wel nog enkele vragen en opmerkingen.

De gerapporteerde percentages van zorgmijding variëren sterk van 3 tot 21%. Het onderzoek verklaart hoe die verschillen er zijn, maar doet geen aanbeveling welke definitie relevant is voor beleid. Momenteel is onduidelijk wat de relevante onderliggende factoren zijn die leiden tot afzien van zorg om financiële redenen? Wat zijn volgens de minister de relevante onderliggende factoren van zorgmijding? De leden van de VVD-fractie vinden dat een deel van de zorgmijding om financiële redenen niet per se slecht is: overwegen of je geld over hebt voor (niet-noodzakelijke) zorg zou heel normaal moeten zijn, of dat je daarvoor gaat sparen of afziet van de behandeling of ingreep. Wat vindt de minister een acceptabel percentage of acceptabele definitie van zorgmijding om financiële redenen? In het onderzoeksrapport wordt ook meerdere keren aangegeven dat afzien van zorg om financiële redenen ook een gewenst effect kan zijn. Het onderzoek geeft echter niet aan om welke percentages het dan gaat, of welke specifieke subgroepen. Is het mogelijk hier meer inzicht in te geven?

Het verdiepende onderzoek door het Nivel laat zien dat kwetsbare groepen mensen, zoals mensen met een laag inkomen, lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid vaker om financiële redenen afzien van zorg.²⁹ Dit kan gaan om zowel noodzakelijke als minder noodzakelijke zorg.³⁰ Het is niet mogelijk om deze subgroepen en de mate waarin zij afzien van noodzakelijke zorg of dit uitstellen te kwantificeren. Uw vraag naar een acceptabele definitie of percentage kan ik daarmee niet beantwoorden.

Ik vind het onwenselijk dat de hierboven beschreven groepen vaker afzien van zorg. Mede daarom verlaagt het kabinet het eigen risico fors.

Dit kabinet vindt dat andere instrumenten dan het eigen risico meer aangewezen zijn om te bepalen wat voor iemand medisch noodzakelijke zorg is. . Daarom investeert het kabinet bijvoorbeeld in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere triage, maar bijvoorbeeld ook een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod. Ook kiest het kabinet met de verlaging van het eigen risico voor een lagere medefinanciering en daarmee voor een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen.

De leden van de VVD-fractie hebben in debatten al vaker aangegeven dat veel sociale, financiële of andere problemen van mensen te vaak op het bordje van de

²⁹ Rapport 'Kennsvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen', Nivel, 2024

³⁰ 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.

zorg komen te liggen, terwijl oorzaak en oplossing buiten het zorgdomein liggen. Een van de redenen van het invoeren van het eigen risico is dan ook om mensen bewust te maken dat zorg niet gratis is, maar geld en tijd van zorgprofessionals kost. De bedoeling is ook om te voorkomen dat onnodig gebruik wordt gemaakt van zorg. Genoemde leden vragen de minister hoe zij dit ziet, ook met het oog op haar eerdere wens als Kamerlid om het hele eigen risico af te schaffen.

Eigen betalingen, en ook het eigen risico, leiden tot lagere collectieve zorguitgaven (het remgeldeffect), en vice versa. Dit is vaak wetenschappelijk onderzocht en aangetoond, zowel in Nederland als bijvoorbeeld in de Verenigde Staten.^{31,32,33,34,35,36} Dit kan gaan om zowel noodzakelijke als minder noodzakelijke zorg.³⁷ Het kabinet vindt dat de portemonnee geen rol mag spelen, omdat dit dus ook kan betekenen dat mensen afzien van noodzakelijke zorg of dit uitstellen. Dit zijn met name mensen met een slechtere financiële situatie en lagere gezondheidsvaardigheden. Voor de vragen wat voor een patiënt medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien het beperkte zorgaanbod gegeven kan worden, zijn andere instrumenten meer aangewezen. Daarom investeert het kabinet bijvoorbeeld in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere triage, maar bijvoorbeeld ook een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod. Ook kiest het kabinet met de verlaging van het eigen risico voor een lagere medefinanciering en daarmee voor een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen.

Het kabinet vergroot hiermee de toegankelijkheid van de zorg. Ook wordt hiermee de zorg gelijkwaardiger gemaakt. Het vaststellen van de hoogte van het verplicht eigen risico is een afweging tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid van zorg en het kabinet kiest daarmee voor een andere balans tussen deze drie elementen.

De leden van de VVD-fractie lezen dat het eigen risico een reden kan zijn om af te zien van zorg. De eigen bijdragen in Nederland behoren tot de laagste van Europa³⁸ en meer dan 90% van de kosten van de zorg die mensen gebruiken wordt collectief betaald. De leden van de VVD-fractie vragen om een overzicht van percentages zorgmijding in andere OESO-landen.

³¹ Remmerswaal, M., J. Boone, M. Bijlsma en R. Douven, 2019, Cost-sharing design matters: a comparison of the rebate and deductible in healthcare, *Journal of Public Economics*, vol. 170: 83-97.

³² Remmerswaal, M., J. Boone, en R. Douven, 2023, Minimum generosity levels in a competitive health insurance market, *Journal of Health Economics*, vol. 90.

³³ Klein, T.J., Salm, M. en S. Upadhyay, 2022, The response to dynamic incentives in insurance contracts with a deductible: Evidence from a differences-in-regression-discontinuities design, vol. 210.

³⁴ Vliet, R.C. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics* vol. 4(4): 81-94.

³⁵ J.P. Newhouse en co-auteurs, 1993, Free for All? Lessons from the RAND Health insurance experiment.

³⁶ Brot-Goldberg, Z.C., Chandra, A., Handel, B.R. 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*, vol. 132(3): 1261-1318.

³⁷ 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.

³⁸ CBS, 23 mei 2022, [6. Vergelijking met andere landen | CBS](#)

Ook als zorg noodzakelijk is, zijn er mensen die zorg om financiële redenen mijden. Dit kan leiden tot ernstigere gezondheidsproblemen en sterke vermindering van kwaliteit van leven. Is duidelijk om hoeveel mensen het gaat en hoe schadelijk dat is voor de betreffende mensen en voor de zorg in totaal? En zo ja, kan de minister daar ook een cijfermatige reflectie op geven. Is ook bekend wat behandelaars doen om samen met mensen te beslissen over wat de consequenties zijn van bepaalde keuzes voor wel of geen of alternatieve behandelingen en kan de minister ook daar inzicht en een reflectie op geven?

De OECD-data presenteert een internationale vergelijking van het percentage van de volwassen bevolking dat in de voorgaande 12 maanden wel eens afzag van zorg vanwege de kosten gemeten (zie de tabel).³⁹ De Nederlandse gegevens komen uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg van Nivel.

Afzien van zorg vanwege kosten naar soort zorg			
	Bezoek aan arts (%)	Onderzoek/ behandeling (%)	Medicijnen ophalen (%)
Verenigde Staten (2020)	26,8	26,4	23,1
Zwitserland (2020)	18,3	14,3	9,1
Nieuw-Zeeland (2020)	12,9	8,4	6,7
Australië (2020-21)	14,4	13,9	5,6
Estland (2019-2022)	12,9		4,1
Zweden (2020)	6,3	5,2	6,6
Oostenrijk (2019)	5,2		3,3
Canada (2020)	5,2	5,7	9,3
Verenigd Koninkrijk (2020)	4,6	3,5	5,6
Nederland (2022)	5,0	3,3	2,5
Duitsland (2020)	3,5	4,2	6,2
Noorwegen (2020)	3,4	5	5,8
Frankrijk (2020)	3,3	6,2	5,1
Zuid-Korea (2022)	1,1	3,3	1,7

Het is niet duidelijk in welke mate zorgmijding schadelijke gevolgen heeft voor de gezondheid. Dat komt omdat dit zeer moeilijk is om te onderzoeken en kwantificeren. Dat komt omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek een hele lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid ook beïnvloeden en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden.

Ik ben het met u eens dat patiënten samen met hun zorgverlener moeten beslissen. Binnen de gezondheidszorg wordt bijvoorbeeld al langer gebruik gemaakt van Shared Decision Making, ook wel Samen beslissen genoemd, waarbij de zorgverlener en de patiënt in gezamenlijkheid beslissen welke behandeling het beste is voor de patiënt. Ik ben van mening dat beide partijen hier baat bij hebben.

³⁹ OECD.Stat 2024 & VZinfo

De leden van de VVD-fractie lezen dat uit onderzoek blijkt dat ontvangers van zorgsubsidies, waaronder de zorgtoeslag, vaker zorg mijden om financiële reden dan mensen die dit niet ontvangen. Hoe reflecteert de minister hierop? Graag ook een reflectie op de effectiviteit van het instrument zorgtoeslag. Is het niet effectiever om in te zetten op het drukken van de hoogte van de nominale premie?

Het Nivel-onderzoek citeert een onderzoek waaruit blijkt dat er een positieve correlatie is tussen het ontvangen van een zorgtoeslag en het mijden van zorg om financiële redenen. Dit betekent echter niet dat er ook een oorzakelijk verband is. Het Nivel-onderzoek schrijft dat dit oorzakelijk verband waarschijnlijk loopt via de eigenschappen laag inkomen en laag opleidingsniveau. Er is dus geen aanleiding om te denken dat het ontvangen van de zorgtoeslag ervoor zou zorgen dat mensen meer zorg gaan mijden. Varianten voor het effectiever vormgeven van de zorgtoeslag zullen meelopen in het hervormingstraject belasting- en toeslagenstelsel⁴⁰.

Vragen en opmerkingen van de leden van de NSC-fractie

De leden van de NSC-fractie hebben met kennisgenomen van de 'Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen'. Deze leden erkennen de urgentie om de mijding van zorg voor financieel kwetsbare mensen te verbeteren. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de NSC-fractie lezen dat de minister de zorg toegankelijker wil maken door het eigen risico te verlagen naar €165 per jaar en door het eigen risico te trancheren naar €50 per behandeling. Kan de minister een inschatting geven van de impact van deze tranchering op de hoogte van de zorgpremie? Daarnaast constateren deze leden dat deze tranchering pas in 2027 wordt ingevoerd. Overweegt de minister het nemen van aanvullende maatregelen om zorg toegankelijker te maken voor mensen die nu om financiële redenen zorg mijden, gezien de invoering pas in 2027 zal plaatsvinden? Bovendien erkennen deze leden dat het verlagen van het eigen risico een positieve stap is. Echter, voor mensen met een chronische ziekte, beperking of psychische aandoening blijven de kosten vaak hoog door aanvullende uitgaven naast het eigen risico. Is de minister bereid aanvullende maatregelen te treffen om de financiële druk voor deze groepen te verlichten?

De financiële effecten van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico hangen sterk met elkaar samen en interacteren ook met elkaar. Daarom worden de effecten zoveel mogelijk in samenhang gepresenteerd. Het trancheren van het eigen risico leidt tot een derving van de opbrengst van het eigen risico; dit zorgt voor een iets hogere premie. Daarnaast is de verwachting dat het trancheren leidt tot een groter remgeldeffect, dit leidt tot lagere zorguitgaven en daarmee een lagere premie⁴¹. Per saldo is de verwachting dat het trancheren van

⁴⁰ Kamerstukken 2024/25, 32140 nr. 211

⁴¹ Voor een inschatting van het remgeldeffect baseren we ons op de recent gepubliceerde doorrekening van het CPB: <https://www.cpb.nl/doorrekening-beleidsopties-voor-het-eigen-risico>.

het eigen risico leidt tot een € 5 lagere premie per verzekerde per jaar, gegeven de verlaging van het eigen risico in 2027.

Er is voor de verlaging van het verplicht eigen risico een wetgevingstraject van twee jaar nodig, waardoor deze maatregel op z'n vroegst vanaf 2027 in kan gaan. In 2026 bevriest het kabinet het verplicht eigen risico op € 385. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet daarnaast per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. De € 2,5 miljard die beschikbaar was vanuit het hoofdlijnenakkoord voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar het verlagen van het eigen risico is volledig ingezet als dekking van dit pakket.

Juist chronisch zieken die op dit moment elk jaar hun eigen risico van € 385 vol maken profiteren van de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165, omdat ze minder eigen risico kwijt zijn. Verdere aanvullende maatregelen zijn nu niet voorzien. Overigens zal ik de stapeling van eigen bijdragen, waaronder ook het eigen risico, jaarlijks blijven volgen in de monitor stapeling eigen bijdragen.⁴²

Ik wil daarnaast nog wel wijzen op het bestaande beleid om mensen met een lager inkomen en/of bredere financiële problemen te helpen. Bijvoorbeeld de zorgtoeslag voor mensen met een lager inkomen, en lokale maatwerk mogelijkheden, zoals de gemeentepolis waarin vaak het eigen risico is herverzekerd. De gemeentepolis kan vanwege de gemeentelijke bijdrage een interessante optie zijn en bijdragen aan het verminderen van zorgmijding. Ook zijn onder voorwaarden bepaalde zorgkosten aftrekbaar in de inkomstenbelasting via de 'aftrekpost specifieke zorgkosten'.

De leden van de NSC-fractie constateren dat zorgmijding niet alleen wordt beïnvloed door het inkomen, maar vooral door de bredere financiële situatie van mensen. Op welke manier is de minister van plan ervoor te zorgen dat de financiële situatie van diverse kwetsbare groepen wordt meegenomen in het beleid tegen zorgmijding?

Met de voorgenomen maatregelen met betrekking tot het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico, en de lastenverlichting worden alle verzekerden geholpen. Ik wil daarnaast nog wijzen op de bestaande lokale maatwerk mogelijkheden om mensen met een lager inkomen en/of bredere financiële problemen te helpen. Bijvoorbeeld de gemeentepolis waarin vaak het eigen risico is herverzekerd. De gemeentepolis kan vanwege de gemeentelijke bijdrage een interessante optie zijn en bijdragen aan het verminderen van zorgmijding.

Ik kan mij voorstellen dat de stress van schuldenproblematiek leidt tot gezondheidsklachten en soms ook tot het mijden van de zorg. Het is daarom belangrijk dat we blijven inzetten op het voorkomen en snel oplossen van schulden. Het kabinet zet in op het terugdringen van het aantal mensen met problematische schulden en heeft hiervoor in het Regeerprogramma het Nationaal programma Armoede en Schulden aangekondigd. In de Kamerbrief

⁴² [Kamerbrief analyse monitor stapeling eigen bijdragen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

'voortgangsbrief armoede en schulden'⁴³ van 19 december 2024 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid uw Kamer geïnformeerd over de voortgang. Specifiek ten aanzien van mondzorg werkt het ministerie van VWS samen met onder andere zorgverzekeraars en zorgverleners om de mijding van mondzorg om financiële redenen te verminderen. Voor de korte termijn wordt gekeken naar een betere inzet van gemeentelijke regelingen en de opzet van informele mondzorgnetwerken. Voor de langere termijn worden de opties voor landelijke maatregelen in beeld gebracht.

De leden van de NSC-fractie lezen dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden. Kan de minister toelichten of één van de oorzaken hiervan is dat deze mensen zich niet bewust zijn van de zorg en financiële steun waarop zij recht hebben? Hoeveel mensen met een kwetsbare financiële situatie maken momenteel geen gebruik van de beschikbare financiële steun? En is de minister bereid om deze groepen beter te informeren?

Het is niet bekend in hoeverre specifiek mensen in een kwetsbare financiële situatie geen gebruik maken van de ondersteuning waar zij recht op hebben. In algemene zin is er inderdaad sprake van niet-gebruik van regelingen. Het zou kunnen dat mensen zich niet bewust zijn van de mogelijkheden waar zij recht op hebben. Het Ministerie van VWS werkt samen met de Dienst Toeslagen om niet-gebruik van de zorgtoeslag terug te dringen. Zo zijn er afgelopen jaar 150 duizend brieven verstuurd naar mensen die hoogstwaarschijnlijk recht hadden op zorgtoeslag maar deze nog niet aangevraagd hebben.

Verder is een interdepartementale werkgroep onder leiding van VWS in beeld aan het brengen welke financiële regelingen er bestaan specifiek voor mensen met een chronische ziekte en beperking. In dit traject wordt ook aandacht besteed aan het niet-gebruik van deze regelingen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie danken de minister voor de brief met betrekking tot het Nivel rapport over het mijden van zorg om financiële redenen. Deze leden vinden dat iedereen in Nederland toegang moet hebben tot zorg. Het mijden van noodzakelijke zorg vanwege financiële redenen, zou in een land als Nederland niet mogen voorkomen. Daartoe hebben deze leden nog verdere vragen.

Een aanbeveling uit het rapport van het Nivel is om oog te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie en niet enkel voor mensen met een laag inkomen. Kan de minister aangeven hoe zij, buiten halvering en tranchering van het eigen risico, opvolging geeft aan deze aanbeveling?

Het Kabinet zet in op het vergroten en gelijkwaardiger maken van de toegang tot zorg voor iedereen. Daarom kiest het kabinet ervoor om het verplicht eigen risico fors te verlagen naar € 165. Om de premiestijging als gevolg van deze verlaging te compenseren is lastenverlichting opgenomen. Deze is vormgegeven door een verlaagd tarief in de eerste belastingschijf in te voeren vanaf 2025. Hierdoor profiteren burgers ook al in de aanloop naar het verlagen van het eigen risico. Daarnaast blijft in 2025 en 2026 het eigen risico bevroren op € 385. Deze

⁴³ Kamerstukken II, nr. 24515-779

maatregelen leiden daarmee tot een positief koopkrachtbeeld. Er is dus aandacht voor de financiële situatie van ook andere mensen dan mensen met een laag inkomen.

In aanvulling op het kabinetsbeleid zijn er andere, reeds bestaande, mogelijkheden die mensen kunnen helpen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. Denk bijvoorbeeld aan de zorgtoeslag of de ondersteuning die gemeenten aan hun inwoners kunnen bieden.

De leden van de D66-fractie staan nog steeds achter haar eigen voorstel om het eigen risico vast te stellen op €385 en op te knippen in delen van €150 per behandeling. De plannen hiervoor lagen klaar om in te voeren per 2025. Deelt de minister de mening dat mensen die momenteel zorg mijden vanwege een financiële situatie, met doorgang van de D66-plannen nu al geholpen hadden kunnen worden, in plaats van dat zij moeten wachten tot 2027? Waarom is er gekozen om pas vanaf 2027 iets voor mensen in een lastige financiële situatie te doen? Ten slotte vragen deze leden of de minister een duidelijk tijdspad met bijbehorende stappen tot halvering en tranchering van het eigen risico in 2027 kan schetsen. Wanneer kunnen zij de eerste voorstellen van de minister hiervoor verwachten?

De tranchering van het eigen risico vergt een wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv) die voorgehangen dient te worden in beide Kamers. Het vorige kabinet had inderdaad een voorstel uitgewerkt voor het trancheren van het eigen risico op € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg en dat voorstel was al voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer. Dit kabinet heeft echter besloten het verplicht eigen risico fors te verlagen naar € 165 euro en het eigen risico te trancheren op € 50 per behandeling in de medisch-specialistische zorg. Dat is dus een ander pakket van maatregelen dan het voorstel van het vorige kabinet. Bovendien zou het trancheren op € 150 in 2025 en 2026 heel belastend zijn voor de uitvoering. Er is dus om zowel inhoudelijke als uitvoeringstechnische redenen gekozen om de tranchering in 2025 en 2026 niet door te laten gaan.

De verlaging kan op z'n vroegst vanaf 2027 in gaan, omdat er een wetgevingstraject van twee jaar nodig is. Het wetsvoorstel is voorgelegd voor internetconsultatie. Deze consultatie is op 29 januari afgelopen. Op dit moment worden de reacties vanuit de internetconsultatie verwerkt. Daarna wordt het wetsvoorstel aan de Raad van State voorgelegd. Ik streef ernaar om het wetsvoorstel vóór het zomerreces van 2025 naar de Tweede Kamer te sturen en het wetstraject eind 2025 af te ronden.

De amvb met de tranchering van het eigen risico is gelijktijdig met het wetsvoorstel van het verlagen van het eigen risico voorgelegd voor internetconsultatie. Ik streef ernaar om de amvb vóór het zomerreces van 2025 voor te hangen bij de Eerste en Tweede Kamer, de amvb in het najaar van 2025 voor te leggen aan Raad van State voor advisering en het traject eind 2025 af te ronden. Op die manier is er dan nog een jaar tijd (geheel 2026) voor zorgverzekeraars om hun ICT-systemen aan te passen en kan er ook op tijd gestart worden met informatievoorziening richting verzekerden.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben kennisgenomen van de Nivel Kennisvraag: Kenmerken van mensen die afzien van zorg om financiële redenen. Deze leden hebben de volgende vragen aan de minister.

De leden van de BBB-fractie lezen dat mensen met beperkte of onvoldoende gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Dit is voor de BBB-fractie een logisch gevolg. Hoe gaat de minister ervoor zorgen dat deze groep beter toegang krijgt tot het verkrijgen, lezen, begrijpen en gebruiken van gezondheidsinformatie, zodat zij de juiste gezondheidsbeslissingen kunnen nemen en instructies voor behandelingen kunnen volgen?

Ten eerste betreur ik het dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden van patiënten en inwoners beschouw ik als een gezamenlijke opgave voor de gehele maatschappij. Dit betekent dat vanuit verschillende domeinen wordt gewerkt aan het stimuleren van de gezondheidsvaardigheden.

De aandacht voor gezondheidsvaardigheden is integraal onderdeel van goede en passende zorg en is daarom structureel onderdeel van verschillende programma's en afspraken binnen VWS, waarvan een aantal hieronder wordt uitgelicht. Om te zorgen dat er voldoende toegankelijke en begrijpelijke zorg is voor iedereen ongeacht iemands achtergrond en opleidingsniveau wordt er vanuit VWS o.a. extra ingezet op een stimuleringsaanpak voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden, aanvullend op de afspraken uit het IZA en GALA. Zo wordt er momenteel gewerkt aan ondersteuning van zorgorganisaties om toe te werken naar de gezondheidsvaardige organisatie⁴⁴. En neemt Nederland sinds vorig jaar weer deel aan het Europese WHO-action netwerk M-POHL om de gezondheidsvaardigheden te meten op populatie- en organisatieniveau en de uitkomsten te vergelijken met andere EU-lidstaten. Met de onderzoeksresultaten kan het beleid voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden verder worden aangescherpt voor de Nederlandse situatie. Voor betrouwbare en begrijpelijke medicijninformatie is in 2018 het Netwerk Patiëntinformatie (NPI) opgericht in opdracht van VWS. En het Zorginstituut voert de subsidieregeling Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen uit. Deze heeft in 2023 het thema Samen beslissen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gekregen en loopt tot eind 2025.

Onderdeel van gezondheidsvaardigheden zijn digitale vaardigheden. In het Integraal Zorgakkoord is ook expliciet de afspraak opgenomen burgers te ondersteunen in het digitaal vaardig(er) worden. Zo werkt VWS samen met onder andere het ministerie van BZK aan de Alliantie Digitaal Samenleven. Voor

⁴⁴ Een gezondheidsvaardige organisatie is een organisatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen en die rekening houdt met de gezondheidsvaardigheden van de samenleving.

hulpvragen specifiek rondom digitale zorg kunnen mensen bij de Helpdesk Digitale Zorg terecht. Ook kunnen mensen terecht bij bibliotheken voor het verbeteren van hun digitale vaardigheden. En vanuit het Ministerie van OCW wordt bijvoorbeeld ingezet op het verhogen van basisvaardigheden van leerlingen. De staatssecretaris voor Funderend Onderwijs voert daarvoor het Masterplan basisvaardigheden uit⁴⁵.

Daarnaast zijn de leden van de BBB-fractie bezorgd over de recente berichtgeving over mondzorg, waarbij tanden en kiezen soms zonder medische noodzaak getrokken worden⁴⁶. Er is eerder berekend dat het opnemen van mondzorg in het basispakket ongeveer tussen de 1,2 en €1,9 miljard⁴⁷ per jaar zou kosten. Tegelijkertijd leidt het niet behandelen van tandziekten elk jaar tot economische schade van zo'n € 3 miljard⁴⁸. Dit zou betekenen dat het opnemen van mondzorg in het basispakket uiteindelijk tussen de €1,1 en €1,8 miljard aan zorgkosten per jaar kan besparen. Genoemde leden wijzen de minister op dit onderzoek, omdat in de huidige modellen vaak wordt aangenomen dat iets pas kan worden meegenomen in de opbrengsten als het in het verleden al bewezen is. Volgens de leden van de BBB-fractie zou dit anders moeten. Hoe kijkt de minister naar de recente berichtgeving rondom mondzorg waar tanden en kiezen soms getrokken worden zonder medische noodzaak? Wat vindt de minister ervan dat het opnemen van mondzorg in het basispakket in de toekomst €1,5 miljard aan zorgkosten zou kunnen besparen? Wat vindt de minister van de huidige werkwijze in de modellenwerkelijkheid, waarbij iets pas wordt opgenomen in de opbrengsten wanneer het in het verleden al bewezen is, en zou deze benadering niet moeten veranderen, bijvoorbeeld in het geval van mondzorg?

Net als de BBB-fractie vind ik het verdrietig als mensen hun tanden laten trekken, omdat zij geen geld hebben voor een goede behandeling. Tegelijkertijd kan ik niet alle problemen die mensen ervaren met het betalen van hun zorgrekening in één keer oplossen.

Het speerpunt van dit Kabinet is het substantieel verlagen van het eigen risico, waar ik vol op inzet. Ik wil er wel voor zorgen dat voor een volgend Kabinet de opties rondom mondzorg voor minima goed in beeld zijn. Ik heb het Zorginstituut gevraagd een onderzoek te doen naar het opnemen van mondzorg in het basispakket. Zij hebben inmiddels al de kosten van eventuele pakketmaatregelen voor mondzorg in beeld gebracht. De volgende stap is een onderzoek naar de gezondheidswaarde van pakketmaatregelen. Hierbij wordt ook gekeken naar de bredere baten. Ook wordt in 2025 samen met de mondzorgsector en zorgverzekeraars een gericht alternatief voor financieel kwetsbare mensen uitgewerkt.

Het beoordelen van de bredere baten van maatregelen om de mondzorg toegankelijker te maken is ingewikkeld. Ten algemene kan wel gesteld worden dat het terugdringen van mondziekten bredere baten kent. Onderzoeken tonen

⁴⁵ https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2024D47664&did=2024D47664

⁴⁶ NOS Nieuws, 17 januari 2025, '[Tanden en kiezen soms getrokken zonder medische noodzaak](#)'

⁴⁷ CPB, 20 juni 2016, [CPB-Notitie-20juni2016-Doorrekening-mondzorg_0.pdf](#)

⁴⁸ [Een-boek-vol-rotte-tanden.pdf](#) & [Tandzorg in Nederland kan beter - Internationale deskundigen publiceren in The Lancet over de mondiale mondzorg - Radboudumc](#)

bijvoorbeeld aan dat mondziekten een wisselwerking hebben met onder andere diabetes en hart- en vaatziekten en dat er een causaal verband bestaat met depressieve klachten. Ook kan worden gesteld dat het verbeteren van de mondgezondheid bijdraagt aan betere (arbeids)participatie. Het is echter zeer lastig om deze bredere baten te koppelen aan individuele maatregelen. Het is niet zo dat het opnemen van mondzorg in het basispakket een besparing oplevert van € 3,5 miljard. Dit bedrag is de waarde van het aantal verloren gezonde levensjaren ('DALY's) als gevolg van mondziekten in heel Nederland, dus ook bij mensen die wel naar de mondzorg gaan.⁴⁹ Geen enkele maatregel kan ervoor zorgen dat geen enkele Nederlander te maken krijgt met mondziekten.

De leden van de BBB-fractie zijn nog steeds kritisch over de marktwerking in het huidige zorgsysteem. In het oude systeem werd de zorg meer door de overheid geregeld, maar nu spelen zorgverzekeraars een grote rol, omdat zij met elkaar concurreren om de beste prijs voor zorg. Sinds 2006 zijn hierdoor de zorgpremies en het eigen risico flink gestegen⁵⁰. In 2025 is de gemiddelde premie zelfs €1.880⁵¹. Door deze stijgingen wordt zorg voor veel mensen steeds minder betaalbaar, terwijl zorgaanbieders onder druk staan om zorg goedkoper aan te bieden. De leden van de BBB-fractie vindt de verlaging van het eigen risico goed, maar denkt dat het systeem anders moet. Daarom hebben genoemde leden de volgende vragen voor de minister. Is de minister van mening dat het huidige systeem van marktwerking heeft bijgedragen aan de stijgende zorgpremies en het hogere eigen risico? En wat vindt de minister van de effecten van marktwerking op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg? Wanneer kan de Kamer haar beloofde visie op de marktwerking verwachten? Hoe kijkt de minister naar de kritiek op het huidige systeem van marktwerking? Ziet zij ruimte om het systeem te veranderen? En is de minister bereid om, net als in het oude systeem, de zorg meer onder overheidsbeheer te brengen om de zorgkosten beter te beheren en zorg toegankelijker te maken voor iedereen?

Ik ben het niet eens met de stelling de zorgpremies zijn gestegen doordat zorgverzekeraars met elkaar concurreren. De zorgkosten stijgen door allerlei redenen die onafhankelijk zijn van het stelsel, zoals demografische ontwikkelingen. Het is daarbij een politieke keuze in hoeverre het eigen risico meestijgt met de groeiende zorgkosten. Zoals in het regeerprogramma is opgenomen, ben ik van plan het eigen risico fors te verlagen. Ten aanzien van de stijgende zorgkosten is het zo dat concurrentie tussen zorgverzekeraars er juist voor zorgt dat zij een prikkel hebben om polissen met een zo aantrekkelijk mogelijke premie aan te bieden voor hun verzekerden. In de toegezegde Kamerbrief zal ik uitgebreider ingaan op marktwerking in de zorg, waarbij ik ook inga op de effecten op de toegankelijkheid en betaalbaarheid. Ik streef ernaar deze brief voor het debat over het medisch zorglandschap van 20 maart naar uw Kamer te sturen.

Tot slot hebben de leden van de BBB-fractie gelezen dat bij mijden van zorg de financiële situatie een belangrijkere rol speelt dan het inkomen. Het rapport van Nivel vindt het daarom belangrijk om bij het tegengaan van zorgmijding om

⁴⁹ "Global-, Regional-, and Country-level Economic Impact of Dental Diseases in 2015", A. Righol, M. Jevdjevic, W. Marcenes, and S. Listl, 2018.

⁵⁰ Zorgwijzer, 24 december 2024, [Premie zorgverzekering in vijf jaar tijd met 465 euro gestegen - Zorgwijzer](#)

⁵¹ [Wat kost het om een zorgverzekering af te sluiten? | Rijksoverheid.nl](#)

financiële redenen aandacht te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen. Zicht op de financiële situatie van mensen is vermoedelijk beter bekend bij gemeenten. Het is belangrijk dat maatregelen voor mensen met een slechtere financiële situatie in elke gemeente hetzelfde zijn. Hierdoor verschilt het niet per gemeente wie voor welke compensatie in aanmerking komt en dat gelijkwaardige toegang tot zorg niet afhangt van de gemeente waarin iemand woont. Kan de minister toezeggen dat de woonplaats van mensen in een slechtere financiële situatie niet bepalend mag zijn voor het in aanmerking komen voor maatregelen die het afzien van zorg om financiële redenen moeten tegengaan? En wat gaat zij naast de verlaging van het eigen risico doen om aandacht te hebben voor de gehele groep mensen met een slechtere financiële situatie, en niet alleen voor mensen met een laag inkomen?

Naast de forse verlaging van het eigen risico is in het hoofdlijnenakkoord een (compenserende) lastenverlichting opgenomen. De genomen maatregelen leiden tot een positief koopkrachtbeeld over alle aankomende jaren. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft de regering per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Zowel de € 2,5 miljard uit het hoofdlijnenakkoord die beschikbaar was voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027 als de € 3 miljard die beschikbaar was voor compenserende lastenverlichting voor premiestijging vanaf 2027 zijn ingezet voor de dekking van dit verlaagde tarief. De eerste schijf daalt tussen 2025 en 2028 verder en bedraagt in 2028 35,36%. Van de verlaagde eerste schijf in de inkomstenbelasting profiteren met name huishoudens met middeninkomens. Huishoudens met lage inkomens hebben vooral profijt van de extra toeslagmiddelen (huurtoeslag en kindgebonden budget) omdat zij beperkt inkomstenbelasting betalen.

In aanvulling op het kabinetsbeleid zijn er andere, reeds bestaande, opties die mensen kunnen helpen die moeite hebben om hun zorgkosten te betalen. Op landelijk niveau zijn bepaalde vormen van zorg uitgezonderd van het eigen risico en ook ontvangen mensen met lagere inkomens zorgtoeslag. Hiervoor maakt het niet uit waar iemand woont. Ook gemeenten kunnen een rol spelen. Gemeenten hebben sinds 2014 de wettelijke verantwoordelijkheid om financieel maatwerk te bieden aan chronisch zieken en gehandicapten en ontvangen daar, in het huidige prijspeil, zo'n 370 mln euro voor. Het behoort tot de bevoegdheid en verantwoordelijkheid van gemeenten om te bepalen hoe zij deze steun vormgeven. Dit kan bijvoorbeeld via de gemeentepolis, maar ook op andere manieren, zoals een meerkostenregeling⁵² voor chronisch zieken en gehandicapten. Vanwege de gedecentraliseerde bevoegdheid van gemeenten hebben zij hierin beleidsvrijheid en kunnen er verschillen zijn tussen gemeenten in de wijze waarop zijn de aanvullende inkomensondersteuning van bijvoorbeeld zorgkosten vormgeven.

⁵² Artikel 2.1.7 Wet maatschappelijke ondersteuning 2015

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de kennisvraag van NIVEL en de reactie van de minister hierop gelezen. Uit dit onderzoek blijkt dat het aantal mensen dat zorg mijdt kan oplopen tot 21%. Wat is de reactie van de minister op dit percentage? Kan zij een beschouwing geven over de onderzoeksresultaten en de conclusies die zij hier zelf aanbindt?

Ik vind het onwenselijk als mensen om financiële redenen afzien van zorg, ongeacht wat daar de precieze achterliggende factoren voor zijn. Het kabinet is van mening dat niet je portemonnee, maar je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg. Uit het Nivel onderzoek blijkt dat de omvang van mensen die zorg mijden vanwege financiële redenen uiteenloopt van 3% tot 21%. Hierbij wil ik opmerken dat het percentage van 21% voortkomt uit een vragenlijst onder een panel van mensen met chronische aandoeningen. Dit is geen representatieve steekproef van de Nederlandse samenleving en het is voorstelbaar dat deze panelleden meer gebruik maken van zorg dan de gemiddelde Nederlander en daardoor ook vaker een financiële afweging maken. Dat neemt niet weg dat ook hier sprake is van het afzien van zorg om financiële redenen. Met de voorgenomen maatregelen met betrekking tot het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico, en de lastenverlichting, worden alle verzekerden bereikt.

De leden van de SP-fractie hebben de minieme reactie van de minister gelezen. Hoe verklaart zij dat mensen tussen de 18 en 39 vaker zorg mijden vanwege de kosten dan mensen die ouder zijn? Klopt het dat de minister maar één voorstel doet om te zorgen voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg, namelijk het verlagen van het eigen risico over 2 jaar? Waarom heeft zij besloten om het opknippen van het eigen risico geen doorgang te geven? Als zij aangeeft dat de medische situatie van mensen leidend moet zijn en niet hun portemonnee, waarom schaft zij dan niet het hele eigen risico af? Welke andere voorstellen is de minister van plan om deze kabinetsperiode te nemen om het mijden van zorg te voorkomen?

In het Nivel-onderzoek komt naar voren dat mensen tussen de 18 en 39 jaar vaker afzien van zorg om financiële redenen dan oudere mensen. In het onderzoek is niet gekeken naar de redenen waarom.

Het kabinet wil met het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 bereiken dat minder mensen om financiële redenen noodzakelijke medische zorg uitstellen of hiervan afzien. De zorgvrager met de grootste medische urgentie dient als eerste te worden behandeld. Het kabinet vindt dat de portemonnee geen rol mag spelen bij de vraag of iemand met zijn zorgvraag tijdig kan worden geholpen. Voor de vragen wat voor een patiënt medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien het beperkte zorgaanbod gegeven kan worden, zijn andere instrumenten meer aangewezen. Daarom investeert het kabinet bijvoorbeeld in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere triage, maar bijvoorbeeld ook een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod. Het

kabinet kiest met deze maatregelen voor minder zorgmijding en een toegankelijke en gelijkwaardigere zorg.

De verlaging het eigen risico naar € 165,- is gebaseerd op de beschikbare financiën in de Rijksbegroting (gegeven al andere beleidswensen). Het verlagen (en trancheren) van het eigen risico kost naar verwachting in 2027 € 4,1 miljard en in 2028 € 4,3 miljard.

Het vorige kabinet had inderdaad een voorstel uitgewerkt voor het trancheren van het eigen risico op € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg en dat voorstel was al voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamers. Dit kabinet heeft echter besloten het verplicht eigen risico te verlagen naar € 165 en het eigen risico te trancheren op € 50 per behandeling in de medisch-specialistische zorg. Dat is dus een ander pakket van maatregelen dan het voorstel van het vorige kabinet. Bovendien zou het trancheren op € 150 in 2025 en 2026 heel belastend zijn voor de uitvoering. Er is dus om zowel inhoudelijke als uitvoeringstechnische redenen gekozen om de tranchering in 2025 en 2026 niet door te laten gaan.

De leden van de SP-fractie weten en lezen opnieuw dat ongewenste zorgmijding kan leiden tot het verergeren van klachten, met mogelijke complicaties als gevolg en tot hogere zorgkosten op een later moment. Op welke manier zijn deze hogere kosten onderdeel van de afwegingen van de minister in haar beleid?

Het verplicht eigen risico kan een te hoge financiële drempel worden voor mensen die zorg nodig hebben en leiden tot het uitstellen of afzien van medische zorg die noodzakelijk is. Patiënten kunnen daardoor duurdere en ziekere patiënten worden. Het is echter op basis van wetenschappelijk onderzoek niet duidelijk in welke mate dit leidt tot hogere zorgkosten op een later moment. Onderzoek hiernaar is zeer lastig, omdat een negatief of positief effect op de gezondheid zich meestal pas op een (veel) later moment uit. Dat betekent dat er voor het onderzoek een hele lange tijdsperiode nodig is waarin mensen gevolgd worden. In die lange periode vinden er echter ook veel andere gebeurtenissen plaats in het leven van mensen die hun gezondheid ook beïnvloeden en het is moeilijk het effect van het eigen risico van het effect van deze gebeurtenissen te scheiden. Maar ondanks dat het moeilijk te kwantificeren is, vindt het kabinet dat het huidige verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel opwerpt en vindt het kabinet het ook onwenselijk als iemand vanwege financiële redenen afziet van noodzakelijke zorg. Het kabinet is van mening dat niet je portemonnee, maar je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg en verlaagt daarom het verplicht eigen risico fors naar € 165. Het kabinet verwacht dat door deze forse verlaging van het verplicht eigen risico mensen minder vaak zorg zullen mijden en dat dit tot een betere gezondheid op lange termijn zal leiden. Ik verwacht dus juist voor deze groep een positief effect van de forse verlaging van het eigen risico op hun gezondheid.

Welk gevolg gaat de minister geven aan het feit dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker aangeven af te zien van zorg dan mensen met een uitstekende of zeer goede ervaren gezondheid? Wat is uw reactie op de conclusie dat mensen met een hoog inkomen of een betere financiële situatie minder vaak afzien van zorg vanwege de kosten? Erkent u dat als er niet wordt ingegrepen om deze zorgmijding te voorkomen de klassenverschillen in ons land

tussen mensen nog verder wordt vergroot? Bent u bereid deze klassenverschillen te verkleinen? Kunt u uw antwoord toelichten?

De Nederlandse Zorgautoriteit constateerde in 2022 dat als we niets doen we afstevenen op een harde tweedeling. Aan de ene kant staan dan de mensen voor wie de zorg nog steeds beschikbaar is, omdat zij de weg kennen en over voldoende middelen beschikken. Aan de andere kant staan dan de mensen die niet over voldoende middelen beschikken en de weg niet kennen. Dit gegeven grijpt het kabinet aan. Alle Nederlanders betalen verplicht zorgpremie en hebben recht op zorg. Het kabinet is ook van mening dat niet je portemonnee, maar je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg. Daarom zal het kabinet het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165, met het doel de toegang tot zorg voor iedereen te vergroten en deze ook gelijkwaardiger te maken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SGP-fractie

De leden van de SGP-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het Nivel-onderzoek. Zij vinden de reactie van de minister op het onderzoek, die slechts verwijst naar de voorgenomen halvering van het eigen risico, nogal summier, gelet op de complexiteit van de problematiek waarvan sprake is. Zij hebben hierover dan ook nog enkele vragen en opmerkingen.

De leden van de SGP-fractie vinden het een belangrijke constatering van de onderzoekers dat de financiële situatie van mensen een grotere rol lijkt te spelen bij zorgmijding dan hun inkomen. De leden van de SGP-fractie vragen of de minister inzichtelijk kan maken in hoeverre de halvering van het eigen risico ervoor zal zorgen dat mensen zorg krijgen, in plaats van dat zij zorg blijven mijden. Voor hoeveel mensen gaat de vermindering van het eigen risico het verschil maken tussen wel of geen zorg?

Uit veel onderzoek blijkt dat mensen vanwege financiële redenen, dus ook het verplicht eigen risico, afzien van zorg. Ook blijkt uit veel onderzoek het verband tussen het eigen risico en de vraag naar zorg. Op dit moment maakt ongeveer de helft van de bevolking het eigen risico vol. De verlaging zal dus voor een grote groep betekenen dat ze minder eigen risico hoeven te betalen. Een forse verlaging van het verplicht eigen risico zal dus naar verwachting zorgmijding verminderen. Ik kan op voorhand niet aangeven voor hoeveel mensen dit verschil gaat maken, dat zal de tijd uitwijzen.

Kan de minister verder aangeven wat zij doet voor mensen voor wie niet het eigen risico, maar andere betalingen of verplichte eigen bijdragen de aanleiding vormen voor zorgmijding? De leden van de SGP-fractie denken aan zorg en ondersteuning die niet via de basisverzekering of aanvullende verzekeringen worden vergoed, zoals relatietherapie of bepaalde medicatie.

Het is een weloverwogen en zorgvuldige beslissing welke zorg wel en niet in het basispakket wordt vergoed. Hierin spelen verschillende afwegingen een rol. Voor sommige vormen van zorg geldt dat een aanvullende verzekering afgesloten kan worden. Er is verder geen aanvullend beleid voorzien op dit punt.

De leden van de SGP-fractie vragen de minister om in te gaan op het probleem van de kloof tussen de relatief lage eigen bijdrage in de Wmo en de veel hogere eigen bijdrage in de Wlz. Dit zorgt voor een perverse prikkel, waardoor mensen langer in de Wmo blijven dan wenselijk is. Wat doet de minister daaraan?

Op dit moment betalen mensen die gebruik maken van maatwerkvoorzieningen of algemene voorzieningen met een duurzame hulpverlenersrelatie op grond van de Wmo 2015 het abonnementstarief van € 21 per maand. Bij Voorjaarsnota 2023 heeft het vorige kabinet aangekondigd het abonnementstarief Wmo 2015 te zullen vervangen door een inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage (ivb). De beoogde implementatiedatum van de wijziging is 1 januari 2027. Deze wijziging is nodig om ondersteuning vanuit de Wmo 2015 beschikbaar te houden juist voor degenen die er het meest afhankelijk van zijn, zeker in het licht van de vergrijzing en de krapte op de arbeidsmarkt.

Met de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage dragen mensen naar financiële draagkracht bij in de kosten van de voorzieningen waar zij gebruik van maken. De hoogte van de eigen bijdrage is immers, onder andere, gebaseerd op het inkomen en vermogen van de gebruiker van de Wmo-ondersteuning (en diens partner). Door de invoering van de inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdrage is de eigen bijdrage in de Wmo 2015 daarnaast ook meer in lijn met de eigen bijdrage voor de Wlz.

Ook vragen de leden van de SGP-fractie aandacht voor mensen met een chronische ziekte of beperking die zorg mijden vanwege de stapeling van zorgkosten. Het halveren van het eigen risico biedt voor hen onvoldoende soelaas. Welke extra acties kunnen genoemde leden van deze minister en dit kabinet verwachten voor deze groep mensen?

Uit de monitor stapeling eigen bijdragen⁵³ blijkt dat het bedrag dat personen met meerdere eigen bijdragen per maand betalen aan eigen bijdragen is gedaald van € 117 per maand in 2016 tot € 84 in 2021. De gemiddelde hoogte van (stapeling van) eigen bijdragen is dus afgenomen. Daar komt de voorgenomen forse verlaging van het verplicht eigen risico vanaf 2027 nog bovenop. Juist chronisch zieken die op dit moment elk jaar hun eigen risico van € 385 vol maken profiteren van de verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165, omdat ze minder eigen risico kwijt zijn. Dat is speerpunt van mijn beleid, en ik ben niet voornemens daarnaast in deze sfeer extra beleid te voeren.

De leden van de SGP-fractie lezen dat het hebben van betaald werk soms een rol speelt bij zorgmijding. Indien dit het geval is, geven mensen die betaald werk hebben minder vaak aan af te zien van zorg vanwege de kosten. De leden van de SGP-fractie vragen hoe deze informatie betrokken wordt bij de ondersteuning van mantelzorgers, van wie bekend is dat zij relatief vaker minder of niet werken.

Er zijn geen cijfers bekend over het mijden van zorg in relatie tot het geven van mantelzorg. Dit onderwerp speelt dan ook geen rol bij de ondersteuning van mantelzorgers. Wel wordt aan mantelzorgers in brede zin ondersteuning geboden door zowel gemeenten als werkgevers. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (2019) geeft aan dat in 2019 één op tien mantelzorgers minder is

⁵³ [Kamerbrief analyse monitor stapeling eigen bijdragen | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)

gaan werken, met name als er sprake is van intensieve mantelzorg. De Sociaal Economische Raad (SER) is mede daarom gevraagd naar oplossingsrichtingen voor een betere balans in de combinatie van een baan met (mantel)zorg en andere informele activiteiten in de toekomst. Het advies van de SER wordt verwacht rond het vierde kwartaal van 2025.

Uit het onderzoek blijkt dat ook de gezondheid van mensen een rol speelt. Zo blijkt uit de kwantitatieve data-analyse dat mensen met een slechte of matige ervaren gezondheid vaker afzien van zorg dan mensen met een uitstekende of zeer goede ervaren gezondheid. De leden van de SGP-fractie vragen welke concrete maatregelen de minister hiertegen neemt. De onderzoekers constateren dat gezondheidsvaardigheden van mensen een rol spelen bij zorgmijding. De leden van de SGP-fractie vragen de minister welke maatregelen zij neemt om gezondheidsvaardigheden te versterken.

Ten eerste betreur ik het dat mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden vaker zorg mijden dan mensen met voldoende gezondheidsvaardigheden. Het verbeteren van de gezondheidsvaardigheden van patiënten en inwoners beschouw ik als een gezamenlijke opgave voor de gehele maatschappij. Dit betekent dat vanuit verschillende domeinen wordt gewerkt aan het stimuleren van de gezondheidsvaardigheden.

De aandacht voor gezondheidsvaardigheden is integraal onderdeel van goede en passende zorg en is daarom structureel onderdeel van verschillende programma's en afspraken binnen VWS, waarvan een aantal hieronder wordt uitgelicht. Om te zorgen dat er voldoende toegankelijke en begrijpelijke zorg is voor iedereen ongeacht iemands achtergrond en opleidingsniveau wordt er vanuit VWS o.a. extra ingezet op een stimuleringsaanpak voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden, aanvullend op de afspraken uit het IZA en GALA. Zo wordt er momenteel gewerkt aan ondersteuning van zorgorganisaties om toe te werken naar de gezondheidsvaardige organisatie⁵⁴. En neemt Nederland sinds vorig jaar weer deel aan het Europese WHO-action netwerk M-POHL om de gezondheidsvaardigheden te meten op populatie- en organisatieniveau en de uitkomsten te vergelijken met andere EU-lidstaten. Met de onderzoeksresultaten kan het beleid voor (beperkte) gezondheidsvaardigheden verder worden aangescherpt voor de Nederlandse situatie. Voor betrouwbare en begrijpelijke medicijninformatie is in 2018 het Netwerk Patiëntinformatie (NPI) opgericht in opdracht van VWS. En het Zorginstituut voert de subsidieregeling Leren gebruiken van uitkomstinformatie voor Samen beslissen uit. Deze heeft in 2023 het thema Samen beslissen bij mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden gekregen en loopt tot eind 2025.

Onderdeel van gezondheidsvaardigheden zijn digitale vaardigheden. In het Integraal Zorgakkoord is ook expliciet de afspraak opgenomen burgers te ondersteunen in het digitaal vaardig(er) worden. Zo werkt VWS samen met onder andere het ministerie van BZK aan de Alliantie Digitaal Samenleven. Voor hulpvragen specifiek rondom digitale zorg kunnen mensen bij de Helpdesk Digitale Zorg terecht. Ook kunnen mensen terecht bij bibliotheken voor het verbeteren van hun digitale vaardigheden. En vanuit het Ministerie van OCW wordt

⁵⁴ Een gezondheidsvaardige organisatie is een organisatie die toegankelijk en begrijpelijk is voor iedereen en die rekening houdt met de gezondheidsvaardigheden van de samenleving.

bijvoorbeeld ingezet op het verhogen van basisvaardigheden van leerlingen. De staatssecretaris voor Funderend Onderwijs voert daarvoor het Masterplan basisvaardigheden uit⁵⁵.

⁵⁵https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2024D47664&did=2024D47664