

36679 Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering in 2026 ongewijzigd te laten

Nota naar aanleiding van het verslag

ALGEMEEN DEEL

Met belangstelling heb ik kennisgenomen van de vragen die leden van diverse fracties hebben over het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico voor het jaar 2026 op € 385 wordt gehandhaafd. Dit in afwachting van de verlaging naar € 165 en van de tranchering in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg, die het kabinet met ingang van 2027 wil invoeren. Het doet mij deugd dat de meeste fracties het voorstel om het eigen risico in 2026 te bevriezen steunen. In deze nota naar aanleiding van het verslag beantwoord ik de vragen die de Kamerleden in het verslag over het wetsvoorstel hebben gesteld.

Zoals in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel is aangegeven¹, zal het wetsvoorstel in september 2025 in het Staatsblad moeten zijn geplaatst, wil het op 1 januari 2026 in werking kunnen treden. Het tijdspad voor het wetsvoorstel is derhalve krap. Indien uw Kamer het wetsvoorstel plenair wenst te behandelen, zou ik het zeer op prijs stellen indien dit uiterlijk in de week van 21 april 2025 zou kunnen plaatsvinden. Aldus zal ook de Eerste Kamer naar verwachting nog voldoende tijd hebben voor de behandeling van het wetsvoorstel.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Genoemde leden zijn blij dat het eigen risico niet geïndexeerd wordt, maar maken zich tegelijkertijd grote zorgen over de stijgende kosten voor mensen die zorg ontvangen en zij die enkel premie afdragen. Zo ligt het eigen risico aankomend jaar nog steeds op 385 euro en stijgt de zorgpremie volgend jaar waarschijnlijk naar 200 euro. Genoemde leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen over het bevriezen van het eigen risico. Allereest merken de leden van GroenLinks-PvdA-fractie dat het eigen risico niet meteen wordt gehalveerd. Dit staat in schril contrast met de belofte om het eigen risico direct af te schaffen, zoals beloofd in de verkiezingscampagne van 2023. Deelt de regering de zorgen van de leden van de GroenLinks-PvdA-fractie dat het breken van zulke duidelijke beloftes het vertrouwen in de politiek schaadt?

Conform het Hoofdlijnenakkoord² en het Regeerprogramma³ zet dit kabinet zich in voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg. Het kabinet verlaagt het verplicht eigen risico vanaf 2027 fors tot € 165 en trancheert het eigen risico op € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. De hiervoor benodigde wetgeving wordt voortvarend gestart. In 2026 wordt het verplicht eigen risico al bevroren op het huidige bedrag van € 385.

Daarnaast is het uitstellen van het verlagen van het eigen risico in combinatie met andere eigen bijdragen in de zorg en gelet op de hoge zorgpremie, zeer zorgelijk voor mensen die moeite hebben met rondkomen en voor wie het eigen risico en hoge zorgkosten een reden kan zijn om zorg te mijden. Hoe kijkt de regering hier tegenaan? Wat kan de regering deze mensen de komende jaren bieden, in het licht van stijgende zorgpremies en andere stijgende kosten van dagelijks leven?

¹ Kamerstukken II 2024/25, 36679, nr. 3, blz. 6 en 7.

² Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

³ Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 96.

Het kabinet vindt dat de huidige hoogte van het verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel opwerpt en vindt het ook onwenselijk als iemand vanwege financiële redenen afziet van zorg. Het kabinet is van mening dat niet zozeer je portemonnee, maar vooral je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg. Daarom zal het kabinet het verplicht eigen risico fors verlagen naar € 165. Het verlagen van het eigen risico vergt een aanpassing van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en goedkeuring van de Europese Commissie. Dit kost naar verwachting circa 2 jaar. Daarnaast bevriest het kabinet in 2026 het verplicht eigen risico al op € 385. Zonder bevrozing zou het verplicht eigen risico zijn gestegen naar € 400.

Het kabinet heeft nadrukkelijk oog voor de gevolgen van de stijging van kosten van mensen. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met stapsgewijze wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Deze lastenverlichting is gedekt uit de verschillende koopkrachtenveloppen uit het hoofdlijnenakkoord en met een verlaging van de algemene heffingskorting. Zowel de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027 als de circa € 3 miljard die beschikbaar was voor compenserende lastenverlichting voor premiestijging vanaf 2027 zijn meegenomen in de dekking.

De leden van de D66-fractie lezen in het voorstel dat de regering zoekt naar een balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid, omdat de huidige hoogte van het eigen risico mogelijk een te hoge financiële drempel opwerpt. Er lag een wetsvoorstel klaar om tranchering van het eigen risico per 2025 in te voeren. Hiermee zouden mensen met een kleinere portemonnee en die een financiële drempel ervaren direct zijn geholpen. Waarom heeft de regering ervoor gekozen om dit wetsvoorstel te annuleren, zo vragen deze leden?

De tranchering van het eigen risico vraagt een wijziging van het Besluit zorgverzekering (Bzv) die voorgehangen dient te worden bij 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 bewust gekozen voor een andere combinatie van maatregelen op het gebied van het verplicht eigen risico. Namelijk om het verplicht eigen risico fors te verlagen naar € 165 in combinatie met het trancheren van het eigen risico op € 50 per behandeling in de medisch-specialistische zorg. Dat is dus een ander pakket van maatregelen dan het voorstel van het vorige kabinet.

Het trancheren van het eigen risico op € 150 in 2025 en 2026, en vervolgens op € 50,- per 2027, zou heel belastend zijn voor de uitvoering. De wisselende bedragen zouden ook niet begrijpelijk zijn voor burgers. Er is dus om zowel inhoudelijke als uitvoeringstechnische redenen gekozen om de tranchering in 2025 niet door te laten gaan.

In aanloop naar 2027 is wel gekozen voor andere maatregelen om de lasten te verlagen. In 2026 bevriest het kabinet het verplicht eigen risico op € 385. Daarnaast heeft het kabinet om lastenverlichting voor burgers te bereiken, een pakket met stapsgewijze wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd. De

enveloppe van € 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.

De leden van de D66-fractie vragen of de regering in kaart kan brengen wat de opbrengsten zijn om het eigen risico tot einde van de kabinetsperiode te bevroren in plaats van het daarna te verlagen.

Ik heb de vraag van deze leden zo geïnterpreteerd, dat zij bedoelen te vragen wat de opbrengsten zouden zijn indien het eigen risico in 2027 niet zou worden verlaagd, maar – net zoals met voorliggend wetsvoorstel voor het jaar 2026 wordt voorgesteld – zou worden gehandhaafd op € 385.

Zoals ik in het voorgaande reeds heb aangegeven, wil het kabinet het verplicht eigen risico met ingang van het jaar 2027 verlagen naar € 165 en wil het regelen dat gebruik van medisch-specialistische zorg slechts maximaal € 50 per keer aan verplicht eigen risico kost (tranchering). Als in plaats hiervan het eigen risico alleen zou zijn bevroren op € 385 per 2027, dan leidt dit naar verwachting tot hogere opbrengsten van het eigen risico (€ 1,8 miljard) en een minder sterke afname van het remgeldeffect (ongeveer € 1,8 miljard) dan met de huidige maatregel. In totaal zouden de netto collectieve uitgaven naar verwachting ongeveer € 3,6 miljard lager uitvallen. Voor de berekening is aangenomen dat ook de tranchering van het eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg niet zou zijn verlaagd van € 150 naar € 50. De hoogte van € 150 stond in de algemene maatregel van bestuur die op 30 juni 2023 bij uw Kamer is voorgehangen (Kamerstukken II 2022/23, 29689, nr. 1206).

Tot slot, vragen deze leden of de regering 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 regering hiervoor verwachten, zo vragen deze leden.

Het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico met ingang van 1 januari 2027 wordt verlaagd tot € 165, zal naar verwachting in de tweede helft van juni 2025 bij uw Kamer ingediend kunnen worden.

De tranchering van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg (tranches van € 50) zal door middel van een wijziging van het Besluit zorgverzekering (een algemene maatregel van bestuur; amvb) worden geregeld. Ook deze tranchering wil ik op 1 januari 2027 in werking laten treden. De wijziging van het Besluit zorgverzekering dient bij de Eerste en Tweede Kamer voorgehangen te worden.

Omdat het niet mogelijk is om de financiële effecten van enerzijds de verlaging en anderzijds de tranchering van het verplicht eigen risico afzonderlijk te presenteren, zal eerderbedoelde voorhang zo spoedig mogelijk na indiening van het wetsvoorstel tot verlaging van het eigen risico starten. Dientengevolge verwacht ik dat ook de wijziging van het Besluit zorgverzekering uw Kamer in de tweede helft van juni 2025 zal bereiken. Aldus kan uw Kamer beide voorstellen in samenhang bezien.

1. Hoofdlijnen van de voorstellen ten aanzien van het verplicht eigen risico

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen het volgende in de memorie van toelichting: 'zowel de verlaging van het verplicht eigen risico naar 165 euro als de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vergen nadere uitwerking'. Kan de regering toelichten hoever het is met die nadere uitwerking? Kan de regering garanderen dat de verlaging van het eigen risico in 2027 ingaat en niet nog verder wordt uitgesteld?

Het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico met ingang van 1 januari 2027 wordt verlaagd tot € 165 en de wijziging van het Besluit zorgverzekering waarmee de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg wordt geregeld, zijn op 18 december 2024 in internetconsultatie gegaan. Iedereen kon tot en met 29 januari 2025 reageren. Inmiddels zijn de reacties verwerkt. Na behandeling van het wetsvoorstel in de ministerraad, zal het naar verwachting in de eerste helft van april 2025 voor advies aan de Afdeling advisering van de Raad van State kunnen worden voorgelegd. Het streven is dat het wetsvoorstel in de tweede helft van juni 2025 bij uw Kamer wordt ingediend.

De wijziging van het Besluit zorgverzekering zal zeer kort daarna – dus naar verwachting ook in de tweede helft van juni 2025 – bij uw Kamer worden voorgehangen. Dit is wenselijk omdat het niet mogelijk is om de financiële effecten van enerzijds de verlaging en anderzijds de tranchering van het verplicht eigen risico afzonderlijk te presenteren. De reden hiervoor is dat de effecten van de verlaging en de tranchering van het verplicht eigen risico sterk afhankelijk zijn van elkaar. Aldus kan uw Kamer beide voorstellen in samenhang bezien.

Ik hecht er erg aan dat de verlaging van het verplicht eigen risico met ingang van 2027 kan ingaan. Ik kan echter niet garanderen dat dat gebeurt. Een en ander hangt af van het advies van de Raad van State, van de vraag of en wanneer de Europese Commissie haar goedkeuring verleent aan de verhoging van de risicovereveningsbijdragen die voortvloeit uit de verlaging van het eigen risico en uiteraard ook van het oordeel van uw Kamer en van de Eerste Kamer.

De leden van de NSC-fractie lezen dat verzekerden naar verwachting meer zorg zullen afnemen bij een lager verplicht eigen risico. Tegelijkertijd wordt de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg gepresenteerd als een manier om te waarborgen dat mensen langer kostenbewust blijven en minder snel niet-noodzakelijke zorg gebruiken. Kan de regering toelichten hoe deze twee maatregelen elkaar mogelijk zullen beïnvloeden? Hoe wordt het effect van beide maatregelen op de zorgvraag gemonitord, zodat er snel bijgestuurd kan worden indien gewenst zorggebruik toeneemt of juist ongewenste zorgmijding wordt waargenomen? Daarnaast verzoeken deze leden de regering om inzicht te geven in welke doelgroepen het meeste profijt zullen hebben van de verlaging van het verplicht eigen risico in combinatie met de tranchering. Verwacht de regering bijvoorbeeld dat bepaalde groepen vaker gebruik zullen maken van zorg door deze maatregelen?

Het kabinet wil met het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 bereiken dat minder mensen om financiële redenen 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 minder leidend moet

zijn in de overweging om gebruik te maken van zorg. De beantwoording van de vraag of zorg noodzakelijk is hoort altijd plaats te vinden in het gesprek tussen zorgverlener en 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 medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien de schaarste van het zorgaanbod gegeven kan worden. Daarom investeert het kabinet bijvoorbeeld in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, betere triage, maar bijvoorbeeld ook in 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.

In de raming van de effecten wordt ervan uitgegaan dat de verlaging van het eigen risico er naar verwachting toe leidt dat verzekerden meer zorg zullen afnemen.⁴ Verzekerden zien namelijk nu af van medische zorg vanwege het eigen risico. De tranchering van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg, heeft waarschijnlijk twee effecten. Enerzijds kan dit ertoe leiden dat mensen meer medisch-specialistische zorg gebruiken. Immers, een verzekerde die deze zorg gebruikt, zal in de toekomst per keer slechts € 50 kwijt zijn, in plaats van zijn hele eigen risico. Daarbij dient overigens wel te worden bedacht dat een verzekerde niet zomaar naar een medisch medisch-specialistisch kan gaan. Daar is een verwijzing van een andere zorgaanbieder, meestal de huisarts, voor nodig.⁵ Anderzijds kan het feit dat mensen niet in één keer hun hele eigen risico kwijt zijn leiden tot een lagere zorgvraag, omdat zij wederom € 50 moeten betalen als zij nieuwe medisch-specialistische zorg afnemen (totdat het totale eigen risico van € 165 zal zijn vol gemaakt).

Verzekerden die het verplicht eigen risico volledig vol maken hebben het meeste profijt van de combinatie van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico. Deze groep omvat naar verwachting 9 miljoen mensen.⁶ Vooral mensen die hun verplicht eigen risico volledig betaald hebben en zorgtoeslag ontvangen gaan er financieel op vooruit. Het is niet bekend hoe groot deze groep is. Door specifiek de tranchering gaat een groep van ongeveer 900.000 verzekerden minder verplicht eigen risico betalen.

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 premie.⁷ Per saldo is de verwachting dat het trancheren van het eigen risico leidt tot een € 5 lagere premie per verzekerde per jaar, gegeven

⁴ <https://www.cpb.nl/doorrekening-beleidsopties-voor-het-eigen-risico>

⁵ Zie artikel 14, tweede lid, Zvw, dat ook regelt dat geen verwijzing nodig is als een verzekerde acute medisch-specialistische zorg nodig heeft.

⁶ In 2027 (bij een eigen risico van € 165) maakt naar verwachting 60% van de verwachte 14,8 miljoen volwassen verzekerden het verplicht eigen risico vol.

⁷ 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>.

de verlaging van het eigen risico in 2027.

Naar de mate waarin mensen afzien van zorg om financiële redenen wordt veel onderzoek gedaan. Bijvoorbeeld door Nivel dat hier jaarlijks onderzoek naar doet. Deze onderzoeken worden nauwlettend gevolgd. Het is wel goed om hierbij op te merken dat deze onderzoeken geen uitspraak doen over de vraag of de zorg noodzakelijk of minder noodzakelijk zou zijn geweest. Hier is nog zeer weinig onderzoek naar gedaan en kennis over opgebouwd. Het is daarom lastig om in deze onderzoeken de mate van noodzakelijkheid van de zorg te kwantificeren, omdat dit vaak afhangt van de individuele situatie, meerdere factoren een rol spelen en de vraag of de zorg noodzakelijk was vaak pas na lange tijd vastgesteld kan worden. Een literatuuroverzicht van Nivel⁸ laat zien dat doelgroepen met bepaalde kenmerken, zoals een laag inkomen en lage gezondheidsvaardigheden en/of een slechtere gezondheid, op dit moment ten gevolge van de eigen betalingen relatief vaker afzien van zorg.⁹ De verlaging van het eigen risico zal er waarschijnlijk toe leiden dat mensen met deze kenmerken minder vaak zullen afzien van medische zorg of zorg zullen uitstellen.

Het belangrijkste is dat dankzij de forse verlaging van het verplicht eigen risico meer mensen eerder naar de dokter zullen gaan, waarbij de dokter met goede triage ervoor kan zorgen dat de mensen die zorg het meest nodig hebben het snelst worden geholpen.

De leden van de NSC-fractie constateren dat de zorguitgaven naar verwachting zullen stijgen met 152 miljoen euro. Kan de regering toelichten op welke manier wordt gewaarborgd dat deze extra uitgaven niet zullen leiden tot een verdere verhoging van de premies op de lange termijn?

Hogere zorguitgaven worden gefinancierd via een hogere nominale premie en een hogere inkomensafhankelijke bijdrage. Het is uiteindelijk aan zorgverzekeraars zelf om in te schatten hoeveel nominale premie zij moeten vragen om de hogere zorguitgaven te kunnen betalen. Zorgverzekeraars stellen namelijk zelf hun premies vast. Te verwachten is dat zorgverzekeraars bij hogere zorguitgaven hogere premies zullen vaststellen. Daar staat tegenover dat de zorgtoeslag meestijgt met de premiestijging en dat dit kabinet daarnaast kiest voor een compenserende lastenverlichting via de inkomstenbelasting en de AOF-premie.

En hoe groot is het risico dat zorgverleners behandelingen in kleinere eenheden splitsen of extra verrichtingen declareren, waardoor patiënten in totaal meer behandelingen ondergaan dan strikt noodzakelijk, wat mogelijk de totale zorgkosten verhoogt?

De tranchering van het eigen risico op € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg zal zorgaanbieders geen aanleiding geven om kleinere prestaties te gaan declareren. De vergoeding die zij ontvangen hangt namelijk niet af van het eigen risico dat de patiënt betaalt.

De leden van de NSC-fractie merken op dat de maatregelen voor 2027 verdere uitwerking vergen en dat de Europese Commissie moet oordelen over de grote verlaging van het eigen risico, aangezien de zorgfinanciering zowel via hogere

⁸ <https://open.overheid.nl/documenten/f53d4f0e-416e-4925-a850-df1ebe46930a/file>

⁹ What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics, Brot-Goldberg, 2017

premies als extra staatsmiddelen zal worden opgevangen. Kan de regering aangeven of de 50/50-premieverdeling losgelaten moet worden om de premie te stabiliseren bij de verlaging van het eigen risico? En zo ja, is het mogelijk om niet alleen naar een 55/45-verdeling te gaan, maar bijvoorbeeld ook naar een 75/25-verdeling?

Zorgverzekeraars zijn private partijen die zelf gaan over de hoogte van de nominale premie. Het eigen risico verlagen en tegelijkertijd de nominale premies van zorgverzekeraars op hetzelfde niveau houden, kan alleen door de zorgverzekeraars meer staatssteun (in de vorm van hogere risicovereveningsbijdragen) te geven, waardoor zij hun nominale premies niet hoeven te verhogen als gevolg van de verlaging van het eigen risico. Op die manier wijzigt inderdaad de verdeling tussen staatssteun en eigen financiering door zorgverzekeraars.

Als de huidige verdeling tussen staatssteun en eigen financiering door zorgverzekeraars zou worden losgelaten, is niet vooraf duidelijk welke alternatieve verdeling dan moet worden nagestreefd. Een beoogde verandering in de verdeling moet echter in ieder geval passen binnen de Europese regels. Deze beoordeling is uiteindelijk aan de Europese Commissie. Het Eindrapport 'Toekomst Toeslagenstelsel' (Kamerstukken 2023/24, 31066, 1340) wees in dit kader er eerder op dat zo'n verandering belangrijke juridische risico's kent: "*Onderhavige verhoging van de staatssteun vormt geen compensatie voor een (uit overheidsregelgeving voortvloeiende) kostenverhoging van de Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB) (in casu het conform de Zorgverzekeringswet aanbieden van zorgverzekeringen onder een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie). De vraag is of de Europese Commissie een substantieel hogere staatssteun dan nu accepteert. Daarnaast is voor de beoordeling door EC waarschijnlijk relevant of bij verlaging van de nominale premie voldoende concurrentie blijft bestaan.*"

Daarnaast zouden deze leden willen weten of er een risico bestaat dat de verlaging wordt afgekeurd door de Europese Commissie. Zijn er alternatieve beleidsmaatregelen in overweging genomen voor het geval dit gebeurt?

Hoewel ik dat op dit moment niet verwacht, is er altijd een mogelijkheid dat de Europese Commissie niet akkoord gaat met de verhoging van de staatssteun die uit de verlaging van het eigen risico zal voortvloeien.

Mocht de Europese Commissie onverhoopt toch geen goedkeuring verlenen, dan zal het kabinet zich beraden over de gevolgen daarvan. Ik houd me op dit moment niet bezig met alternatieve scenario's.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering hoe hoog het verplicht eigen risico nu zou zijn geweest als vanaf 2016 het verplicht eigen risico steeds jaar op jaar was geïndexeerd.

Indien de hoogte van het verplicht eigen risico sinds 2016 elk jaar zou zijn geïndexeerd, dan was de hoogte van het verplicht eigen risico in 2025 € 535 geweest. Dat is € 150 hoger dan de vastgestelde hoogte van het verplicht eigen risico in 2025 (€ 385).

Voorts vragen deze leden wat de reële waarde is van het verplicht eigen risico in

2026 ten opzichte van 2016.

De reële waarde geeft aan hoeveel het bedrag aan verplicht eigen risico zoals dat in 2026 geldt (€ 385), waard is in prijzen van 2016. Het verplicht eigen risico is over de gehele periode gelijk gebleven aan € 385. Echter door inflatie is de reële waarde van deze € 385 over tijd afgenomen. De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 280.

De reële waarde van de hoogte van het verplicht eigen risico ten opzichte van 2016 is berekend door de hoogte van het eigen risico in 2026 (€ 385) te delen door de cumulatieve inflatie van 2017 tot en met 2026. De cumulatieve inflatie is gebaseerd op de consumentenprijsindex¹⁰.

Deze leden vragen verder met welk percentage de reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 naar verwachting zal zijn gedaald ten opzichte van 2016.

De reële waarde van de hoogte van het verplichte eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 is € 280. Dit is € 105 lager dan de hoogte van € 385 in 2016. Dit is een afname van 27%.

De leden van de CDA-fractie vragen de regering hoe het verplicht eigen risico zich na 2027 zal ontwikkelen, als te zijner tijd de verlaging naar 165 euro is doorgevoerd, en als te zijner tijd niet opnieuw voor een bevrozing gekozen wordt. Hoe hoog zou het verplicht eigen risico dan naar verwachting zijn in 2030, 2035 en 2040, zo vragen deze leden.

De hoogte van het verplicht eigen risico zou, naar huidig inzicht, naar € 180 stijgen in 2030 indien dit na 2027 niet zou worden bevroren. De indexatie van het eigen risico (vanaf 2030) is gekoppeld aan de ontwikkeling van de zorguitgaven. De jaren 2035 en 2040 vallen buiten de begrotingshorizon, daarom is nog niet in te schatten wat de ontwikkeling van de zorguitgaven doet voor de hoogte van het verplicht eigen risico.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering constateert dat de huidige hoogte van het eigen risico mogelijk een te hoge financiële drempel opwerpt voor gelijkwaardigere en tijdige toegang tot zorg voor iedereen. Deze leden vragen of de regering kan kwantificeren of een inschatting kan maken hoeveel meer zorgmijding er zou zijn als het verplicht eigen risico in 2026 wel zou worden geïndexeerd.

Voor 2026 wordt rekening gehouden met een afname van het remgeldeffect, en daarmee hogere zorguitgaven, van € 150 miljoen door het bevroren van het verplicht eigen risico. Indien het verplicht eigen risico wel geïndexeerd zou worden, is de verwachting dat de uitgaven € 150 miljoen lager zouden zijn dan bij de bevrozing van het verplicht eigen risico. Het is verder niet mogelijk om de verandering in de mate van zorgmijding, bijvoorbeeld het percentage mensen dat afziet van zorg, te kwantificeren.

De leden van de CDA-fractie vragen wat het bevroren van het verplicht eigen risico naar verwachting betekent voor de wachttijden, gezien het feit dat de wachttijden voor operaties in het ziekenhuis veelal de Treeknorm van zeven weken overschrijden, net als bij de polikliniekbezoeken, waar de Treeknorm van vier weken overschreden wordt.

¹⁰ Voor de inschatting van de consumentenprijsindex is gebruik gemaakt van het CEP 2025, Centraal Planbureau, <https://www.cpb.nl/raming-februari-2025-cep-2025>

Deze leden vragen ook wat het verlagen van het verplicht eigen risico vanaf 2027 naar 165 euro betekent voor de wachttijden.

Over het algemeen zal bevrozing of verlaging van het verplicht eigen risico leiden tot een grotere groep mensen die eerder in het jaar het plafond van het verplicht eigen risico heeft bereikt. Omdat het eigen risico eerder bereikt wordt, zullen mensen mogelijk iets minder lang nadenken over een gewenste behandeling. Dit kan ertoe leiden dat de vraag naar zorg, waaronder ook medisch-specialistische zorg, toeneemt.

Binnen het eigenbetalingenmodel¹¹ van het Centraal Planbureau is het niet mogelijk om het effect uit te splitsen naar de verschillende typen zorg binnen de Zvw, zoals acute zorg (spoedeisende hulp) en planbare medisch-specialistische zorg. Het precieze effect van het bevrozen of verlagen van het eigen risico op de zorgvraag voor medisch specialistische zorg, en daarmee op de wachttijden, is daarom niet bekend.

Mijn inzet is om de wachttijsten te verkorten en de triage te versterken. De wachttijsten voor operaties en polikliniekbezoeken zijn nu al langer dan de maximaal aanvaardbare normen, de Treeknormen. In het Aanvullend zorg- en welzijnsakkoord wil ik concrete afspraken maken om de wachttijden te verbeteren, en zo de zorg toegankelijker maken.

De leden van de SP-fractie lezen dat dat de financiering van zorg en ondersteuning in Nederland in hoge mate gebaseerd is op solidariteit. Deze leden vragen wat de regering precies verstaat onder solidariteit. Vindt de regering dat de eventuele indexering van het eigen risico – wat plaats zou vinden zonder dit wetsvoorstel – een vermindering van solidariteit zou zijn? Zo ja, zou het dan niet een logisch gevolg zijn om het eigen risico helemaal af te schaffen om de solidariteit te bevorderen?

Bij het solidariteitsbeginsel in de zorg gaat het om zowel solidariteit tussen mensen die geen of weinig zorg gebruiken met mensen die (relatief) veel zorg ontvangen (risicosolidariteit) als om solidariteit tussen mensen met een lager en een hoger inkomen (inkomenssolidariteit). Er is een hoge mate van solidariteit in de Zvw: de kosten van de Zvw worden voor een groot deel gefinancierd uit de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de nominale premies. De overheid betaalt bovendien een zorgtoeslag aan huishoudens met lagere en middelhoge inkomens als gedeeltelijke compensatie voor de kosten van de gemiddelde nominale premie en het (gemiddeld) betaalde verplicht eigen risico. De IAB en de zorgtoeslag zijn afhankelijk van de hoogte van het inkomen en zorgen dus voor inkomenssolidariteit. Verder zorgen alle genoemde financieringsbronnen voor risicosolidariteit, omdat ze niet afhangen van de hoeveelheid zorg die iemand gebruikt.

Zou het eigen risico met ingang van 2026 geïndexeerd worden, dan zou dat ten opzicht van de bevrozing van het eigen risico die in voorliggend wetsvoorstel is opgenomen, een vermindering van de risicosolidariteit betekenen.

Het kabinet wil met het bevrozen van het verplicht eigen risico in 2026 en het

¹¹ [Eigenbetalingenmodel | CPB.nl](https://www.cpb.nl/eigenbetalingenmodel)

verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 per 2027 bereiken dat minder mensen om financiële redenen medische zorg uitstellen of hiervan afzien. Ook kiest het kabinet met de bevriezing en 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 SP-fractie lezen dat eigen betalingen zoals het eigen risico een uitzondering zijn in de financiering van de zorg, omdat de meeste financieringsbronnen niet afhangen van de hoeveelheid zorg die iemand gebruikt. Kan de regering een lijst delen met welke andere eigen betalingen er nog meer in de zorg zijn, zowel binnen als buiten de Zorgverzekeringswet (Zvw)?

Voor de Zvw gelden naast het eigen risico eigen bijdragen voor:

- brillenglazen en contactlenzen met medische indicatie;
- geneesmiddelen bij de apotheek;
- hoortoestellen;
- kraamzorg thuis of kraamzorg in een in een instelling (kraamhotel, geboortecentrum enz.) als verblijf medisch gezien niet nodig is;
- kunstgebit (uitneembaar en volledig of op implantaten) en reparaties of overzetting (rebasings) van een kunstgebit;
- logeerkosten;
- haarwerken;
- schoenen, orthopedisch of allergeenvrij;
- ziekenvervoer per auto of openbaar vervoer (niet per ambulance).

De hoogte van deze zorggebonden eigen bijdragen is in de Regeling zorgverzekering (Rzv) opgenomen.¹²

Daarnaast is het mogelijk dat een verzekerde die voor in natura verzekerde zorg kiest voor een niet door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde aanbieder, een deel van de rekening van die aanbieder moet betalen (artikel 13 Zvw).

Buiten de Zvw gelden er eigen bijdragen voor langdurige zorg als bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) en voor maatschappelijke ondersteuning als bedoeld in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Genoemde leden vragen de regering of zij achter het principe van eigen betalingen in de zorg staat of dat zij van mening is dat eigen betalingen per definitie een inbreuk doen op het solidariteitsprincipe.

Onderzoek van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) laat zien dat de eigen betalingen voor de Zvw, Wlz en Wmo 2015 tezamen, afgezet tegen de totale zorgkosten relatief laag liggen.¹³ In Nederland bedragen de eigen betalingen 9% van de totale zorgkosten. Het gemiddelde van de OESO-landen en de Europese Unie (EU) ligt een stuk hoger, namelijk op respectievelijk 19% en 18%. Met de verlaging en tranchering van het eigen risico zetten we een verdere stap in het verder verlagen van de eigen betalingen aan zorg in verhouding tot de totale zorgkosten.

¹² Zie ook: <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde> zorg/eigen bijdrage zvw.

¹³ Health at a glance 2022 en OECD Stats

Er is dus een hoge mate van solidariteit in de Zvw. Het kabinet vindt echter nog steeds dat het verplicht eigen risico een te hoge financiële drempel kan betekenen voor mensen die zorg nodig hebben. Daarom wil het kabinet het eigen risico fors verlagen naar € 165. Het kabinet kiest voor een andere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid en verlegt de nadruk in de richting naar meer toegankelijkheid.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij vindt dat de twee hoofddoelen – medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg en kostenbewustzijn creëren - bij de introductie van het eigen risico bijna twintig jaar geleden nog steeds behaald worden. Staat de regering achter deze twee doelen?

Het verplicht eigen risico in de Zvw is in 2008 geïntroduceerd en heeft twee hoofddoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg, en kostenbewustzijn creëren. Het kabinet zoekt een evenwichtigere balans tussen betaalbaarheid, solidariteit en toegankelijkheid. Het kabinet vindt niet het eigen risico, maar juist andere instrumenten meer aangewezen om te bepalen wat voor een patiënt medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien de schaarste van het zorgaanbod gegeven kan worden. Daarom verlaagt het kabinet het eigen risico fors. De portemonnee dient minder een rol spelen bij de vraag of iemand voor zijn zorgvraag naar een zorgverlener gaat. De beantwoording van de vraag of zorg noodzakelijk is, hoort altijd plaats te vinden in het gesprek tussen zorgverlener en patiënt. Ook kiest het kabinet voor een lagere medefinanciering en dus een grotere solidariteit tussen gezonde en minder gezonde mensen.

De leden van de SP-fractie verwerpen het idee dat het een vooruitgang zou zijn dat het eigen risico mensen zou stimuleren bewuster na te denken over de zorg die zij nodig hebben. Mensen hebben namelijk geen keuze om wel of niet ziek te worden. Staat de regering achter de boekhoudkundige mythe van het 'remgel-deffect'? Kan zij dit toelichten?

Ik vind het mijden van zorg om financiële redenen ongewenst en vind dat de portemonnee minder leidend moet zijn in de overweging om gebruik te maken van de zorg. De beantwoording van de vraag of zorg noodzakelijk is, hoort altijd plaats te vinden in het gesprek tussen zorgverlener en de patiënt. Daarbij 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 medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien de schaarste van het zorgaanbod gegeven kan worden. Daarom verlaagt het kabinet het verplicht eigen risico fors en daarom investeert het kabinet in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, in betere triage, maar bijvoorbeeld ook in een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod.

De leden van de SP-fractie vragen de regering wanneer het wetsvoorstel voor het opknippen van het eigen risico naar de Tweede Kamer wordt gestuurd.

Anders dan deze leden aannemen, zal de tranchering van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg niet in een wetsvoorstel maar via een amvb, namelijk een wijziging van het Besluit zorgverzekering, worden geregeld. Het voornemen is om deze amvb bij uw Kamer voor te hangen vlak nadat het

wetsvoorstel tot verlaging van het verplicht eigen risico bij uw Kamer zal zijn ingediend. Aldus kan uw Kamer beide voorstellen in samenhang bezien. Ik streef ernaar dat dit plaatsvindt in de tweede helft van juni 2025.

Ook in dit hoofdstuk van de memorie van toelichting lezen de leden van de SP-fractie dat de regering wederom bevestigt dat de toegankelijkheid van de zorg voor deze regering niet belangrijk is. Door het opknippen zouden mensen 'na een eerste onderzoek of behandeling gestimuleerd worden om indien de noodzaak van een behandeling niet evident is na te denken of een volgend gebruik van zorg passend en nodig is'. De leden van de SP-fractie vragen de regering en specifiek de minister of zij achter deze redenering staat.

Het verplicht eigen risico in de Zvw is in 2008 geïntroduceerd en heeft twee hoofdoelen: medefinanciering van de kosten van de Zvw-zorg, en kostenbewustzijn creëren. Ik vind dat de beantwoording van de vraag of zorg noodzakelijk is altijd plaats hoort te vinden in het gesprek tussen zorgverlener en 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 medisch noodzakelijke zorg is en of deze gezien de schaarste van het zorgaanbod gegeven kan worden. Daarom investeert het kabinet in het verbeteren en verbreden van de toets op het basispakket, in betere triage, maar bijvoorbeeld ook in een effectievere inzet van het bestaande zorgaanbod.

Het kabinet is van mening dat niet zozeer je portemonnee, maar vooral je medische urgentie leidend moet zijn in de toegang tot zorg. Daarom verlaagt het kabinet het verplicht eigen risico fors, om zo de toegang tot zorg gelijkwaardiger te maken voor iedereen. Naast de verlaging van het verplicht eigen risico wordt het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg vanaf 2027 ook getrancheerd: verzekerden zullen € 50 per behandelprestatie gaan betalen. Door deze maatregel hoeven mensen die deze zorg gebruiken minder vaak in één keer hun gehele verplicht eigen risico van € 165 te betalen. Circa 900.000 mensen zullen diensgevolge minder uitgaven aan verplicht eigen risico hebben. Deze maatregel betekent ook dat mensen bij de daarop volgende medische behandelingen wederom € 50,- eigen risico moeten betalen. Naar verwachting leidt dit tot een lagere zorgvraag.

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering stelt dat het eigen risico als een te hoge financiële drempel ervaren kan worden voor mensen die zorg nodig hebben. Met deze stelling wordt bevestigd dat het eigen risico leidt tot zorgmijding, wat op termijn kan leiden tot verminderde gezondheid. Waarom kiest de regering niet voor het volledig afschaffen van het eigen risico?

Het kabinet wil met het fors verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 bereiken dat minder mensen om financiële redenen medische zorg uitstellen of hiervan afzien. Uiteraard kan een volgend kabinet, afhankelijk van de budgettaire ruimte, een verdere verlaging of afschaffing van het eigen risico overwegen.

Kan de regering onderbouwen waarom zij vanaf 2027 het eigen risico wil verlagen tot 165 euro? Waarom is de regering precies op dit bedrag uitgekomen en niet op een lager of een hoger bedrag?

Zoals reeds aangegeven is, zet dit kabinet zich in voor een gelijkwaardigere toegang tot zorg. Het kabinet verlaagt het verplicht eigen risico vanaf 2027 fors tot € 165 en trancheert het eigen risico op € 50 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Ook is door dit kabinet besloten om in 2025 en 2026 het eigen risico te bevriezen op € 385 en heeft het kabinet een pakket aan compenserende lastenverlichting afgesproken. Het kabinet is van mening dat aldus een goed evenwicht wordt bereikt tussen het toegankelijker maken van de curatieve zorg enerzijds en andere belangrijke wensen van dit kabinet anderzijds.

De leden van de SP-fractie lezen dat de verlaging van het eigen risico in 2027 naar 165 euro nader moet worden uitgewerkt. Worden er verschillende opties uitgewerkt?

De verlaging van het eigen risico naar € 165 zal gelden voor alle verzekerden, omdat het kabinet voor iedereen de zorg toegankelijker wil maken.

Kan de regering aangeven hoe het tijdsplan richting deze voorgenomen maatregel en het wetsvoorstel dat hieruit volgt eruit ziet?

De leden van de SP-fractie vragen naar het tijdsplan van het wetsvoorstel waarmee het verplicht eigen risico met ingang van 1 januari 2027 wordt verlaagd tot € 165. Dit wetsvoorstel is op 18 december 2024 in internetconsultatie gegaan. Iedereen kon tot en met 29 januari 2025 reageren. Inmiddels zijn de reacties verwerkt. Na behandeling van het wetsvoorstel in de ministerraad, zal het naar verwachting in de eerste helft van april 2025 voor advies aan de Afdeling advisering van de Raad van State kunnen worden voorgelegd. Het streven is dat het wetsvoorstel in de tweede helft van juni 2025 bij uw Kamer wordt ingediend.

Kan de regering aangeven of er al contact is met de Europese Commissie over de verlaging van het eigen risico? Is er een mogelijkheid dat de Europese Commissie niet akkoord gaat met de verlaging van het eigen risico? Welke stappen gaat de regering zetten als dit het geval blijkt?

Er is informeel contact met de Europese Commissie over de voorgenomen verlaging van het eigen risico. Hoewel ik dat op dit moment niet verwacht, is er altijd een mogelijkheid dat de Europese Commissie niet akkoord gaat met de verhoging van de risicovereveningsbijdragen die uit de verlaging van het eigen risico zal voortvloeien. Mocht de Commissie onverhoopt toch geen goedkeuring verlenen, dan zal het kabinet zich beraden over de gevolgen daarvan.

De leden van de SP-fractie lezen in de memorie van toelichting enige twijfel bij de regering of het gaat lukken om het eigen risico te verlagen naar 165 euro. Klopt dit en kan de regering dit toelichten (los van het feit dat er een parlementaire meerderheid zich achter dit wetsvoorstel zal moeten scharen)?

De verlaging van het verplicht eigen risico zal gepaard gaan met een verhoging van de risicovereveningsbijdragen die de zorgverzekeraars van de overheid ontvangen. Deze risicovereveningsbijdragen vormen staatssteun in de zin van het

Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU). Op grond van het VWEU dient de stijging van de risicovereveningsbijdragen en daarmee van de staatssteun ter goedkeuring aan de Europese Commissie voorgelegd te worden. Hoewel ik dit niet verwacht, is er natuurlijk altijd een mogelijkheid dat de Europese Commissie geen goedkeuring geeft.

De leden van de SP-fractie vragen de regering hoe de 2,5 miljard euro aan lastenverlichting in 2025 en 2026 er precies uitziet voor mensen.

In het hoofdlijnenakkoord is een enveloppe afgesproken voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar het verlagen van het eigen risico. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met stapsgewijze wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Deze lastenverlichting is gedekt uit de verschillende koopkrachtenveloppen uit het hoofdlijnenakkoord en met een verlaging van de algemene heffingskorting. Zowel de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027 als de circa € 3 miljard die beschikbaar was voor compenserende lastenverlichting voor premiestijging ten gevolge van de verlaging van het eigen risico vanaf 2027 zijn meegenomen in de dekking.

Overzicht koopkrachtmaatregelen inkomstenbelasting Miljoenennota 2025 (in miljoenen euro's)

	2025	2026	2027	2028	2029
Aanpassingen algemene heffingskorting	1.096	1.099	1.041	897	897
Aanpassen tarieven inkomstenbetaling en introductie extra schijf	-4.450	-4.966	-5.437	-5.673	-5.819
Dekking uit HLA-maatregelen	3.354	3.867	4.396	4.776	4.922

Bron: Kamerstukken II 2024/25, 36600, nr. 1, tabel 6 op pagina 48.

Kan de regering bevestigen dat dit bedrag minder, evenveel of meer compenseert dan de geplande premieverhoging van de zorgtoeslag?

Het saldo van de hogere nominale premie (lastenverzwaring), hogere inkomensafhankelijke bijdrage (lastenverzwaring) en de hogere zorgtoeslag (lastenverlichting) wordt volledig gecompenseerd via de inkomstenbelasting en de AOF-premie (zie regel 2 tot en met 4). Boven op de compensatie voor de premieverhoging komt de envelop voor gerichte lastenverlichting in 2025 en 2026 voor burgers (zie regel 1).

	2025	2026	2027	2028
Envelop gerichte lastenverlichting				
1 burgers	-2.500	-2.500		
Gevolg afschaffen eigen risico op nominale premie, IAB en zorgtoeslag				
2 Compensatie burgers (inkomstenbelasting)	0	207	3.622	3.833
3 Compensatie bedrijven (AOF)	0	-171	-2.941	-3.124
4 Compensatie bedrijven (AOF)	0	-36	-681	-710

Bron: Kamerstukken II 2024/25, 36600, nr. 2, tabel 4.2 op pagina 43.

De leden van de fractie van de SP vragen of de regering vindt dat zij mensen uit elkaar speelt door mensen die vaker gebruik moeten maken van de zorg de schuld te geven van de hogere zorgpremie?

Het kabinet vindt niet dat het, zoals de SP stelt, mensen uit elkaar speelt, maar juist dat het met deze maatregelen bijdraagt aan het verbeteren van de solidariteit in ons zorgstelsel. De Nederlandse Zorgautoriteit constateerde in 2022 dat we als we niets doen afstevenen op een harde tweedeling.¹⁴ 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 zet het kabinet ertoe aan om maatregelen te treffen. Alle Nederlanders betalen verplicht zorgpremie en hebben recht op zorg. Het kabinet wil de zorg toegankelijker maken via het fors verlagen van het eigen risico naar € 165. Niet zozeer je portemonnee maar vooral de urgentie van je zorgvraag moet leidend zijn.

2. Gevolgen voor burgers

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen het volgende in de memorie van toelichting: 'verzekerden die het verplicht eigen risico niet vol maken, gaan er (door de verhoging van de nominale premie) op achteruit.' Betekent dit dat mensen met middeninkomens die niet in aanmerking komen voor zorgtoeslag er onder aan de streep op achteruitgaan? En gaan mensen met zorgtoeslag, maar die geen gebruik maken van zorg, er ook op achteruit?

Het bevriezen van het verplicht eigen risico leidt tot een verschuiving van de kosten van zieke naar gezonde verzekerden. Door de bevrozing blijft het eigen risico lager dan het zou zijn geweest indien het zou zijn geïndexeerd. Verzekerden die hun eigen risico vol maken krijgen een voordeel van dit lagere eigen risico dat groter is dan de premiestijging die nodig is om de bevrozing te bekostigen. Verzekerden die hun eigen risico niet vol maken hebben wel nadeel van de hogere premie maar geen voordeel van het lagere eigen risico. Dit nadeel is lager voor mensen die zorgtoeslag ontvangen. Iemand die zorgtoeslag ontvangt en geen zorgkosten heeft gaat er per maand naar verwachting € 0,58 op achteruit en iemand die geen zorgtoeslag ontvangt en geen zorgkosten heeft gaat er naar verwachting € 1 per maand op achteruit. Dit is echter nog exclusief de positieve effecten van de lastenverlichting in de koopkrachtbesluitvorming. In 2026 is de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting voor burgers beschikbaar en is compensatie beschikbaar van € 171 miljoen voor het saldo van de gestegen nominale premie en zorgtoeslag die het gevolg zal zijn van het bevriezen van het

¹⁴ Stand van de zorg 2022, NZa.

eigen risico.

De leden van de VVD-fractie steunen het solidariteitsprincipe van het Nederlandse zorgstelsel waarin iedereen meebetaalt aan de gezondheidszorg voor de mensen die zorg nodig hebben. Genoemde leden vragen daarbij extra aandacht voor de mensen met een middeninkomen. Met het bevriezen van het eigen risico verschuiven de kosten van mensen met hoge zorgkosten naar mensen met lage zorgkosten. Deze leden lezen dat voor een deel van de verzekerden die het verplicht eigen risico niet volledig gebruiken en geen zorgtoeslag ontvangen, de zorgpremie twaalf euro per jaar hoger uit zal vallen. Kan de regering aangeven hoe groot deze groep is en in hoeverre dit voor hen een probleem kan zijn?

De precieze omvang van deze groep is onbekend, omdat niet duidelijk is hoe groot de overlap is tussen de groep die zorgtoeslag ontvangt en de groep die het eigen risico niet volledig vol maakt. In het algemeen geldt dat ongeveer 50% van de verzekerden bij een hoogte van € 385 het eigen risico niet vol maakt en dat ongeveer 60% van de verzekerden geen zorgtoeslag ontvangt.

De gevolgen voor verzekerden die hun verplicht eigen risico niet vol maken en bovendien geen zorgtoeslag ontvangen, zijn beperkt. Betrokkenen gaan naar verwachting € 1 extra zorgpremie per maand betalen. Dit is echter nog exclusief de positieve effecten van de lastenverlichting in de koopkrachtbesluitvorming. In 2026 is de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting voor burgers beschikbaar en is compensatie beschikbaar van € 171 miljoen voor het saldo van de gestegen nominale premie en zorgtoeslag die het gevolg zal zijn van het bevriezen van het eigen risico.

De regering werkt aan het meer dan halveren van het eigen risico en het trancheren van het eigen risico per 2027. De leden van de VVD-fractie vragen naar de manier waarop de regering gaat monitoren en doorrekenen wat de effecten zijn van deze te nemen maatregelen, met name de eerdergenoemde groepen met een middeninkomen. Op welke termijn zijn hier concrete cijfers en keuzes voor beschikbaar?

Het kabinet wil met het verlagen van het verplicht eigen risico naar € 165 bereiken dat minder mensen om financiële redenen medische zorg uitstellen of hiervan afzien. De zorgvrager met de grootste medische urgentie dient als eerste te worden behandeld. Daarnaast 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. Verzekerden die het verplicht eigen risico volledig vol maken en zorgtoeslag ontvangen hebben het meeste profijt van het verlagen en trancheren van het verplicht eigen risico.

Om de premiestijging als gevolg van het verlagen van het verplicht eigen risico te compenseren is in de budgettaire bijlage bij het hoofdlijnenakkoord¹⁵ een compenserende lastenverlichting opgenomen. Deze lastenverlichting is verwerkt in de koopkrachtbesluitvorming. De genomen maatregelen leiden tot een positief koopkrachtbeeld over alle aankomende jaren.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel tot verlaging van het eigen risico zal een nadere toelichting worden opgenomen over de effecten van de

¹⁵ Bijlage bij Kamerstukken II 2023/24, 36471, nr. 37.

verlaging van het eigen risico op verschillende groepen burgers. Het streven is dat uw Kamer, afhankelijk van de advisering van de Raad van State, het wetsvoorstel voor de zomer ontvangt.

De leden van de NSC-fractie lezen dat het bevroren van het eigen risico geen gevolgen heeft voor de begrijpelijkheid en het doenvermogen van burgers. Deze leden constateren echter dat dit anders kan zijn als de maatregelen voor 2027 worden ingevoerd. Kan de regering toelichten hoe ervoor wordt gezorgd dat burgers goed geïnformeerd worden en in staat zijn de veranderingen in het zorgsysteem, zoals de verlaging van het eigen risico en de maximering, te begrijpen en te benutten, vooral in samenhang met andere maatregelen van de regering, zoals de verhoging van de zorgtoeslag en de verlaging van de inkomstenbelasting?

Het is goed om op te merken dat burgers geen actie hoeven te ondernemen om bijvoorbeeld aanspraak te maken op een lager eigen risico. Dit wordt namelijk automatisch voor hen geregeld. Registratie en declaratie van zorg en de verrekening van het eigen risico worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan, waardoor burgers automatisch profiteren van de lastenverlichting voor zover daarvan sprake is gezien hun zorggebruik. Ook de zorgtoeslag zal automatisch worden aangepast.

Burgers moeten wel kennis nemen van het lagere eigen risico en het trancheren van het eigen risico, en kijken of deze verlaging iets betekent voor hun situatie. Het is mogelijk dat zij minder eigen risico kwijt zijn voor zorg, een hogere zorgtoeslag ontvangen of een hogere zorgpremie betalen. Om deze veranderingen zo begrijpelijk mogelijk te maken is goede informatievoorziening voor verzekerden, die aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, zeer belangrijk. Daarom zal een informatievoorzieningstraject opgezet worden in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De planning van het wetstraject is zo ingericht, dat er ruim de tijd is om deze informatievoorziening te ontwikkelen en daadwerkelijk aan te bieden.

De leden van de CDA-fractie constateren dat het bevroren van het verplicht eigen risico ertoe leidt dat kosten verschuiven van mensen met hoge zorgkosten naar mensen met lage zorgkosten, zoals ook blijkt uit de tabel op pagina 5 van de memorie van toelichting. Deze leden vragen of de regering ook kan aangeven en uitsplitsen wat de financiële effecten zijn voor verschillende inkomensgroepen.

Op pagina 5 van de memorie van toelichting wordt een overzicht gegeven van het effect op het betaalde eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag. Van deze effecten is alleen het effect van de zorgtoeslag afhankelijk van het inkomen. In 2025 ontvangen eenpersoonshuishoudens tot een inkomen van € 39.719 zorgtoeslag en meerpersoonshuishoudens tot een inkomen van € 50.206. Het eigen risico en de nominale premie zijn onafhankelijk van het inkomen.

Verzekerden die hun eigen risico vol maken hebben het grootste voordeel van het bevroren verplicht eigen risico. De tabel hieronder geeft aan welk percentage per inkomensklasse het eigen risico vol maakt. Daarbij moet opgemerkt worden dat deze cijfers alleen beschikbaar zijn over alle verzekerden, inclusief verzekerden jonger dan 18 jaar, voor wie het eigen risico niet geldt.

Huishoudinkomensklasse	Percentage verzekerden dat € 385 aan eigen risico betaalt
Minder dan € 20.000	45%
€ 20.000 tot € 30.000	60%
€ 30.000 tot € 40.000	50%
€ 40.000 tot € 50.000	50%
€ 50.000 tot € 75.000	40%
€ 75.000 tot € 100.000	35%
€ 100.000 en meer	30%
Inkomen onbekend	5%

Bron: CBS, monitor langdurige zorg.

Deze leden stellen deze vraag, omdat de regering ook aangeeft financiële middelen (2,5 miljard euro) te willen inzetten voor lastenverlichting in 2025 en 2026, in aanloop naar de verlaging van het eigen risico in 2027. Deze leden vragen bij welke groepen de regering deze lastenverlichting in 2026 wil laten neerslaan.

In het hoofdlijnenakkoord is een enveloppe afgesproken voor lastenverlichting in 2025 en 2026 in aanloop naar het verlagen van het verplicht eigen risico. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Deze lastenverlichting is gedekt uit de verschillende koopkrachtenveloppen uit het hoofdlijnenakkoord en met een verlaging van de algemene heffingskorting. Zowel de enveloppe van € 2,5 miljard 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 meegenomen in de dekking. Van de wijzigingen in de inkomstenbelasting profiteren met name huishoudens met middeninkomens.

Is het de bedoeling om deze lastenverlichting te laten neerslaan bij mensen die er door de bevrozing van het verplicht eigen risico op achteruit gaan, of juist bij de mensen die meer zullen profiteren van de verlaging van het eigen risico in 2027, zo vragen leden van de CDA-fractie.

Het doel van de lastenverlichting is om te compenseren voor de hogere premies die door alle verzekerden worden gedragen. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Van de wijzigingen in de inkomstenbelasting profiteren met name huishoudens met middeninkomens. Tijdens de koopkrachtbesluitvorming in augustus 2024 is besloten hoe de lastenverlichting in te zetten, waarbij gestuurd is op een evenwichtig koopkrachtbeeld over de verschillende inkomensgroepen.

De leden van de CDA-fractie vragen of de regering wil uiteenzetten hoe zij van plan is de lastenverlichting in 2026 in te zetten, aangezien deze in ieder geval deels is gekoppeld aan de bevrozing van het verplicht eigen risico in 2026.

In 2026 is de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting voor burgers beschikbaar en is compensatie beschikbaar van € 171 miljoen voor het saldo van de gestegen nominale premie, IAB en zorgtoeslag door het bevriezen van het eigen risico.

	2025	2026	2027	2028
Envelop gerichte lastenverlichting				
1 burgers	-2.500	-2.500		
Gevolg afschaffen eigen risico op nominale premie, IAB en zorgtoeslag				
2 Compensatie burgers (inkomstenbelasting)	0	207	3.622	3.833
3 Compensatie bedrijven (AOF)	0	-171	-2.941	-3.124
4 Compensatie bedrijven (AOF)	0	-36	-681	-710

Bron: Kamerstukken II 2024/25, 36600, nr. 2, tabel 4.2 op pagina 43.

Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd, waaronder een verlaging van het tarief in de eerste schijf. Voor 2026 is zowel de enveloppe van € 2,5 miljard voor lastenverlichting meegenomen in de dekking van dit pakket, als de € 171 miljoen die beschikbaar is voor compenserende lastenverlichting voor burgers ten gevolge van de premiestijging in 2026 door het bevriezen van het eigen risico. De lastenverlichting voor bedrijven is verwerkt in de AOF-premie.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij heeft overwogen om de bekostigingssystematiek van de zorgpremie te veranderen. Heeft deze mogelijkheid op tafel gelegen bij de formatie en/of is dit nog steeds een mogelijkheid voor deze regering?

Wat tijdens de formatie op tafel heeft gelegen en/of is besproken, kan ik – behoudens het Hoofdlijnenakkoord – niet delen met uw Kamer.

Bij volgende wetsvoorstellen bekijkt het kabinet uiteraard alle mogelijkheden voor een goede bekostiging.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij mogelijkheden heeft overwogen om de bevriezing van het eigen risico op een andere manier te bekostigen dan dit deels te betalen door een verhoging van de zorgpremie met twaalf euro? Welke andere mogelijkheden heeft de regering hiervoor? Waarom wordt er zo heilig vastgehouden aan de 50/50-verdeling?

Bij de invoering van de Zvw is er indertijd voor gekozen de kosten gelijk te verdelen tussen werkgevers en verzekerden (50/50), aangezien werkgevers ook een belangrijke rol hebben in en belang hebben bij de gezondheid van hun werknemers. Deze verdeling werkt door in de verhouding tussen staatssteun en eigen inkomsten (waaronder de nominale premie) van zorgverzekeraars. Deze verhouding is onderdeel van de goedkeuringsbeschikking van de Europese Commissie ten aanzien van het Nederlandse risicovereveningssysteem. Bij het opstellen van voorliggend wetsvoorstel tot bevriezing van het eigen risico is niet overwogen deze op een andere wijze te bekostigen dan via een verhoging van de nominale premie. Verzekerden met recht op zorgtoeslag ontvangen hiertegenover overigens een hogere zorgtoeslag.

Bij volgende wetsvoorstellen bekijkt het kabinet uiteraard alle mogelijkheden voor een goede bekostiging.

Kan de regering een overzicht sturen van hoe de nominale premie door de bevrozing van het eigen risico in 2023, 2024 en 2025 is gestegen en hoeveel dit verschilt met de aangekondigde toename van twaalf euro (los van eventuele verhogingen per zorgverzekeraar)?

In de memorie van toelichting van het wetsvoorstel voor het bevrozen van het eigen risico van 2023 tot en met 2025 is een overzicht opgenomen van de verwachte gevolgen voor de nominale premie¹⁶. Naar verwachting was de nominale premie in 2025 ongeveer € 33 lager geweest als het eigen risico over de jaren 2023, 2024 en 2025 niet zou zijn bevroren.

	2023	2024	2025
Effect op de nominale premie	- € 11	- € 22	- € 33

De leden van de fractie van de SP vragen de regering toe te lichten wat wordt bedoeld met de daling van het verplicht eigen risico met zeven euro per verzekerde per jaar.

Door de bevrozing van het eigen risico is het gemiddeld betaalde eigen risico over alle verzekerden naar verwachting € 7 lager dan zonder de bevrozing van het eigen risico het geval was geweest.

In totaal wordt door deze maatregel naar verwachting € 110 miljoen minder aan eigen risico betaald door alle volwassen verzekerden dan zonder deze maatregel het geval zou zijn. Dit bedrag gedeeld door het aantal volwassen verzekerden leidt tot een gemiddelde afname van € 7.

De leden van de fractie van de SP vragen of het klopt dat de tabel die de financiële effecten van vier verschillende groepen burgers de jaarlijkse stijging van de premie al inbegrepen heeft? Met andere woorden: kan de regering bevestigen dat deze positieve bedragen waarschijnlijk negatieve bedragen zullen worden als de jaarlijkse verhoging van de zorgpremie hier bovenop komt?

De bedragen in de tabel laten alleen het effect zien van de maatregel van het bevrozen van het verplicht eigen risico. Dat betekent dat de reguliere premiestijging, als gevolg van de ontwikkeling van de zorguitgaven, hier niet in is meegenomen. Bij de Ontwerpbegroting 2026 wordt een verwachting bekend gemaakt van de totale premieontwikkeling voor 2026.

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij hebben overwogen om de gehele zorgpremie inkomensafhankelijk te maken, tijdens de formatie of bij uitwerking van dit of eventuele volgende wetsvoorstellen.

¹⁶ Kamerstukken II 2021/22, 36135, nr. 3, p. 4, zie de laatste regel van de eerste tabel. Het gaat daar om mensen die niet profiteren van de bevrozing van het eigen risico over de jaren 2023, 2024 en 2025 en die ook geen zorgtoeslag ontvangen, maar die wel (via een verhoging van hun nominale premie) aan de bevrozing mee betalen.

Wat tijdens de formatie op tafel heeft gelegen en/of is besproken, kan ik – behoudens het Hoofdlijnenakkoord – niet delen met uw Kamer.

In het kader van het voorliggende wetsvoorstel tot bevrozing van het eigen risico is niet overwogen om de nominale premie inkomensafhankelijk te maken. In het kader van volgende wetsvoorstellen bekijkt het kabinet uiteraard alle mogelijkheden voor een goede bekostiging.

Kan de regering reageren op het onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) waaruit blijkt dat bij het volledig inkomensafhankelijk maken tachtig procent van de mensen erop vooruitgaat en alleen de twintig procent rijkste mensen erop achteruitgaat? Is de regering bereid na te denken over eventuele maatregelen om de zorgpremie meer inkomensafhankelijk te maken? De leden van de SP-fractie zijn op de hoogte van het feit dat een deel van de premie nu al inkomensafhankelijk is. Deze systematiek hoeft de regering niet te herhalen.

Het onderzoek waar de leden van de SP-fractie aan refereren stamt uit 2019 en betrof het doorrekenen van een voorstel van de SP voor alternatieve financiering van de Zvw. In dit voorstel werd de gemiddelde nominale premie verlaagd naar € 0 en werden het eigen risico en de zorgtoeslag afgeschaft. Om dit te financieren werd de inkomstenbelasting vanaf de tweede schijf aanzienlijk verhoogd en werd het maximum op de inkomensafhankelijke bijdrage afgeschaft. De CPB-doorrekening laat zien dat het inkomen van de meeste huishoudens met een laag- of middeninkomen toeneemt door dit voorstel. De hoge inkomens zien juist hun inkomen (fors) dalen, met uitschieters van meer dan 15% inkomensdaling.

Dit kabinet is net als de SP van mening dat het huidige verplicht eigen risico te hoog is, en verlaagt daarom het eigen risico vanaf 2027 naar € 165. Tegenover de stijging van de nominale premie die daar het gevolg van is, heeft het kabinet compenserende lastenverlichting gezet. Om lastenverlichting voor burgers te bereiken heeft het kabinet per 2025 een pakket met wijzigingen in box 1 van de inkomstenbelasting ingevoerd. Van de wijzigingen in de inkomstenbelasting profiteren met name huishoudens met middeninkomens.

De andere elementen van het door het CPB doorgerekende voorstel van de SP hebben tot doel om verdere nivellering te bewerkstelligen. Het kabinet heeft met het Regeerprogramma – waarin onder andere de aanzienlijke verlaging van het eigen risico is opgenomen – gezorgd voor een evenwichtige koopkrachtverdeling. Verdere nivellering sluit hier niet bij aan.

3. Uitvoering en regeldruk

De leden van de NSC-fractie vragen de regering of de regeldruk voor patiënten toeneemt als zij per behandeling vijftig euro eigen risico moeten betalen. Kan de regering hier duidelijkheid over verschaffen? Hoe houden patiënten overzicht over het totale bedrag en kunnen zij zien of het maximum is bereikt?

De tranchering van het eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde. De zorgverzekeraar zorgt voor een zorgvuldige berekening van het eigen risico en zal voor de verzekerde inzichtelijk maken hoeveel eigen risico hij al betaald heeft en hoeveel eigen risico nog open staat. Desondanks is de tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg een grote wijziging van het

eigen risico. Een goede informatievoorziening voor verzekerden, die aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, is daarom zeer belangrijk. Er is een jaar de tijd, 2026, voor een goede en gerichte informatievoorziening om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze zal ik samen ontwikkelen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de SP-fractie lezen dat een dergelijke wetswijziging, waarbij de hoogte van het wetsvoorstel wordt bevroren, inmiddels al drie keer eerder heeft plaatsgevonden. Wat heeft de regering geleerd uit eerdere wetswijzigingen? Hoe is deze wet anders dan eerdere wetten?

De regering heeft uit de eerdere wetswijzigingen waarmee het verplicht eigen risico werd bevroren - en dan met name uit de laatste twee - geleerd dat wetswijzigingen waar zowel de Tweede als de Eerste Kamer zich in kunnen vinden, zeer snel tot stand kunnen komen. Dit keer is zo'n spoedprocedure echter niet nodig.

Voorliggende bevroering is in die zin anders dan eerdere bevroeringen, dat deze vooraf gaat aan voorgenomen grote inhoudelijke wijzigingen van het verplicht eigen risico, te weten (forse) verlaging en daarnaast tranchering in de medisch-specialistische zorg.

4. Budgettaire gevolgen

De leden van de SP-fractie lezen dat dit wetsvoorstel in totaal 262 miljoen euro kost. Waar wordt de financiering hiervan gevonden?

De financiering van het wetsvoorstel en de gevolgen voor de lasten zijn meegenomen in het geheel van de besluitvorming die ten grondslag lag aan het hoofdlijnenakkoord en maken deel uit van het totale financiële beeld zoals afgesproken in dat akkoord.

De toegenomen lasten voor mensen komt neer op 234 miljoen euro. Op welke manier worden deze lasten precies gecompenseerd?

Tegenover de verwachte € 234 miljoen lastenverzwaring in 2026 staat een automatische lastenverlichting van € 27 miljoen via de zorgtoeslag. Dat komt doordat de hoogte van de zorgtoeslag gekoppeld is aan de hoogte van de nominale premie. In het hoofdlijnenakkoord is afgesproken dat het verschil van € 207 miljoen wordt gecompenseerd via de inkomstenbelasting en de AOF-premie. Dit is verwerkt in de Miljoenennota 2025.¹⁷

Kan de regering aangeven of hierin is meegenomen dat het ook geld oplevert dat mensen noodzakelijke zorg niet gaan mijden, waardoor duurdere behandelingen voorkomen worden?

Voor het effect van de bevroering op de zorgvraag wordt aangesloten bij de berekeningsmethode die in Zorgkeuzes in Kaart is gehanteerd.¹⁸

¹⁷ Kamerstukken II 2024/25, 36600, nr. 2, tabel 4.2 op pagina 43.

¹⁸ Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB: <https://www.cpb.nl/zorgkeuzes-in-kaart-2020#docid-160264>

Het CPB heeft ook een achtergronddocument uitgebracht met een beschrijving van de berekeningsmethode. Het model kan niet weergeven in welke mate de gezondheid van verzekerden toe- of afneemt bij verschillende hoogtes van eigen betalingen. Het model kan enkel de budgettaire effecten weergeven. In deze publicatie beschrijft het CPB dat het mogelijk is dat een verzekerde door het eigen risico eerst afziet van zorg, dat vervolgens zijn gezondheid verslechtert en dat hij later alsnog meer zorg nodig heeft en hogere zorgkosten maakt. Het CPB geeft aan dat dit effect is meegenomen in het model, omdat het tot uiting komt in de kosten van zorg.¹⁹

5. Advies en consultatie

*De leden van de **SP-fractie** lezen dat er een beperkt aantal correcties en tekstwijzigingen van zeer ondergeschikte aard zijn aangebracht. Deze leden vragen de regering om deze eerste versie naar de Kamer te sturen.*

In het nader rapport bij voorliggend wetsvoorstel staat inderdaad dat de memorie van toelichting zoals deze aan uw Kamer is aangeboden in zeer lichte mate afwijkt van de versie van de memorie van toelichting die voor advies aan de Afdeling advisering van de Raad van State is aangeboden. Bij deze nota naar aanleiding van het verslag ontvangt u laatstbedoelde versie van de memorie van toelichting. Deze is overigens ook te vinden in de Wetgevingskalender.²⁰

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Fleur Agema

¹⁹ Zie *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet*, CPB: <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, pagina 14.

²⁰ [Documenten bij Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering in 2026 ongewijzigd te laten | Overheid.nl | Wetgevingskalender](#)