

36 943 Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen

Nr. 5 VERSLAG
Vastgesteld 5 juni 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft de eer als volgt verslag uit te brengen van haar bevindingen.

Onder het voorbehoud dat de in het verslag opgenomen vragen en opmerkingen afdoende door de regering worden beantwoord, acht de commissie de openbare behandeling van het wetsvoorstel voldoende voorbereid.

INHOUDSOPGAVE

I Algemeen deel

- 1. Inleiding**
- 2. Financiering van de zorg en (kosten)ontwikkelingen**
- 3. Doel en inhoud van de maatregel en overwogen alternatieven**
- 4. Gevolgen voor verzekerden**
- 5. Europese aspecten**
- 6. Uitvoering en regeldruk**
- 7. Budgettaire gevolgen**
- 8. Advies en consultatie**
- 9. Gevolgen voor Caribisch Nederland**
- 10. Inwerkingtreding en communicatie**

II Artikelsgewijze toelichting

III ONTWERPBESLUIT HOUDENDE TRANCHERING EIGEN RISICO MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG (TRANCHES VAN €150)

I ALGEMEEN DEEL

De leden van de **VVD-fractie** hebben kennisgenomen van het voorstel om de Zorgverzekeringswet te wijzigen teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** staan voor toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen, juist voor de meest kwetsbaren. De ruime verhoging van het eigen risico, en daarmee dit wetsvoorstel, conflicteren met dit principe. Vooral in samenhang met de stapeling van zorgkosten uit het coalitieakkoord. De genoemde leden zijn dan ook zeer kritisch en tegen dit wetsvoorstel. Ze hebben nog veel vragen en opmerkingen.

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen, alsmede van het ontwerpbesluit houdende tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg. Deze leden vinden dat zorg betaalbaar en toegankelijk moet blijven voor mensen die zorg nodig hebben. Voor veel Nederlanders is het eigen risico geen prikkel, maar een rekening die zij krijgen omdat zij ziek zijn. De leden van de PVV-fractie zijn daarom tegen een verhoging van het verplicht eigen risico. Een hoger eigen risico is voor mensen die ziek zijn feitelijk een boete op ziek zijn. Wat deze leden betreft moet het eigen risico juist worden afgeschaft. Juist ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking en mensen met een kleine portemonnee mogen niet verder in de knel komen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met interesse kennisgenomen van de wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen en het ontwerpbesluit houdende Tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg en hebben naar aanleiding daarvan een aantal aanvullende vragen.

De leden van de **JA21-fractie** hebben met belangstelling, maar ook met kritische aandacht, kennisgenomen van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen.

De leden van de **BBB-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel en hebben daar grote zorgen over.

De leden van de **SGP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel om het verplicht eigen risico te verhogen. Zij staan afwijzend tegenover de door de regering voorgestelde verhoging van €60. De leden van de SGP-fractie maken graag van de gelegenheid gebruik om enkele vragen te stellen over het voorstel.

De leden van de **PvdD-fractie** kunnen het wetsvoorstel niet steunen. Een verhoging van het eigen risico vergroot volgens de leden de financiële drempel tot noodzakelijke zorg en treft juist de meest kwetsbaren in de samenleving het hardst. Dit staat haaks op het uitgangspunt dat zorg toegankelijk en solidair georganiseerd moet zijn. Het getuigt volgens de leden van een simplistisch wereldbeeld om te veronderstellen dat meer 'kostenbewustzijn' en daarmee een gehoopte 'remmende werking op het gebruik van zorg' de problemen in de zorg gaat oplossen. Tot slot constateren deze leden dat burgers, zorgaanbieders en belangenverenigingen voor patiënten waarschuwen dat een hoger eigen risico zal leiden tot uitgestelde zorg. Zorg die later alsnog in zwaardere vorm terugkomt. Zij vragen daarom of de regering heeft doorgerekend tot hoeveel hogere kosten deze uitgestelde zorg in de toekomst leidt, en hoe de regering de kosten van uitgestelde zorg wil gaan monitoren.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben met zorg kennisgenomen van het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 fors te verhogen. Deze leden hebben over voorliggend wetsvoorstel vragen en maken graag gebruik van deze gelegenheid.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij zijn tegen de voorgenomen verhoging van het eigen risico. Zij benadrukken dat het eigen risico een boete op ziek zijn is en daarom zou moeten worden afgeschaft. Zij hebben daarom nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

1. INLEIDING

De leden van de **VVD-fractie** zijn blij met het voorstel om het eigen risico weer mee te laten stijgen met de zorgkostenontwikkeling. De zorgkosten stegen, maar het eigen risico steeg niet mee. Het eigen risico bedraagt sinds 2016 immers €385, terwijl de zorgkosten sinds die tijd met meer dan vijftig procent zijn gestegen. De relatieve medefinanciering aan de zorg voor verzekerden en het reële remgeldeffect zijn structureel afgenomen. Een hoger eigen risico betekent een lagere nominale premie, waar iedereen van profiteert.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat een van de vier richtinggevende principes van het kabinet 'solidair zorgstelsel' is. Kan worden toegelicht hoe de verhoging van het eigen risico bijdraagt aan een solidair zorgstelsel, want mensen die zorgbehoevend zijn gaan zelf meer bijdragen? Draagt dit volgens de regering bij aan risicosolidariteit en/of aan inkomenssolidariteit? Kan de regering aangeven hoe deze pijlers zich autonoom ontwikkelen met een verhoging van het eigen risico? Verbetert of verslechtert de risicosolidariteit en inkomenssolidariteit? Naast het verhogen van het eigen risico kiest de regering er ook voor om het eigen risico te trancheren. Deze tranchering van het eigen risico is een besparing, hoe kan het dan toch bijdragen aan toegankelijkheid van de zorg? Dat het geld op levert, betekent toch per definitie dat het een extra drempel is voor de toegang tot zorg? Kan de regering nader toelichten op basis waarvan zij verwacht dat het effect van de tranchering sterker zal doorwerken in een lager beroep op de zorg dan in een afname van de opbrengsten uit het eigen risico?

De tranchering van het eigen risico en de verhoging van het eigen risico worden in samenhang behandeld, terwijl al duidelijk was- en is dat ze niet tegelijkertijd worden ingevoerd. De tranchering van het eigen risico kan immers pas per 2028 worden ingevoerd. Dit roept de vraag op waarom beide toch gelijktijdig worden behandeld en of een latere invoering van de tranchering van het eigen risico wel of niet leidt tot het uitstellen van een verhoging van het eigen risico? Kan de regering hier onomwonden op antwoorden? Kan de regering eveneens precies aangeven wanneer zij voor het eerst geïnformeerd is, dan wel signalen heeft ontvangen, over het feit dat de tranchering van het eigen risico pas per 2028 in kan gaan? Dat de tranchering van het eigen risico pas later in kan gaan dan de verhoging van het eigen risico is al langer bekend. Kan de regering aangeven of zij indien er een politieke meerderheid zou zijn voor de verhoging van het eigen risico dit conform het coalitieakkoord voornemens zou zijn om per 2027 in te voeren in de wetenschap dat de tranchering pas een jaar later in zou kunnen gaan?

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat het verplicht eigen risico naar huidige inzichten stijgt van € 385 in 2026 naar €455 in 2027. Zij vragen de regering te bevestigen dat dit voor verzekerden die het verplicht eigen risico volledig volmaken neerkomt op €70 extra in één jaar. Hoeveel volwassen verzekerden zullen naar verwachting in 2027 het volledige verplicht eigen risico betalen en kan de regering dit uitsplitsen naar leeftijd, inkomen, zorgtoeslag, chronische aandoening en meerjarig zorggebruik?

Deze leden vragen hoe de regering verantwoordt dat de rekening juist wordt verhoogd voor mensen die zorg nodig hebben. Kan de regering daarbij ingaan op ouderen, chronisch zieken en mensen met een beperking? Hoe weegt de regering hierbij dat nog onderzoek loopt naar het niet opvolgen van verwijzingen van de huisarts en naar de financiële en niet-financiële redenen van zorgmijding?

De leden van de **PVV-fractie** wijzen daarnaast op het recente Nivel-onderzoek. Hoe kijken verzekerden naar een mogelijk verhoogd eigen risico? Daaruit blijkt dat zeven procent van de verzekerden bij een eigen risico van €385 een belemmering verwacht om noodzakelijke zorg te gebruiken, tegenover zestien procent bij een eigen risico van €460. Verzekerden met een matige of slechte ervaren gezondheid, een netto huishoudinkomen lager dan €2.300 per maand en mensen die

schulden maken of hun spaarmiddelen moeten aanspreken, verwachten vaker zo'n belemmering. Hoe weegt de regering deze uitkomsten bij het voorstel om het eigen risico te verhogen?

De leden van de **JA21-fractie** onderschrijven dat de houdbaarheid en betaalbaarheid van de zorg onder druk staan en dat het eigen risico een functie kan hebben bij medefinanciering en kostenbewustzijn. Tegelijkertijd hebben zij vragen over de onderbouwing van de verhoging, de samenhang met de aangekondigde tranchering van het eigen risico in de medisch-specialistische zorg en de gevolgen voor verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 2 van de memorie van toelichting dat het verplicht eigen risico naar huidige inzichten uitkomt op €395 door indexering en vervolgens met €60 wordt verhoogd naar €455. Kan de regering concreet uiteenzetten waarom juist voor een aanvullende verhoging van €60 is gekozen? Welke alternatieve bedragen zijn overwogen en welke criteria zijn gebruikt om te bepalen dat dit bedrag de juiste balans oplevert tussen betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van zorg?

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 3 van de memorie van toelichting dat de verhoging en de tranchering een onderlinge afhankelijkheid kennen en daarom in samenhang worden behandeld. Kan de regering toelichten waarom de verhoging al per 2027 ingaat, terwijl de tranchering pas per 2028 wordt ingevoerd?

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering bereid is een integraal tijdspad te geven voor de verhoging, de indexering, de communicatie en de verdere besluitvorming over de tranchering. Kan de regering daarbij aangeven op welke momenten de Kamer nog materieel invloed kan uitoefenen op de vormgeving van de tranchering?

Deze leden van de **BBB-fractie** vinden dat mensen die zorg nodig hebben niet extra financieel gestraft mogen worden omdat zij ziek zijn of chronische zorg nodig hebben. Juist in een solidair zorgstelsel moeten lasten eerlijker worden verdeeld.

Kan de regering reflecteren op de stelling dat het verhogen van het eigen risico de rekening nadrukkelijk neerlegt bij mensen die pech hebben in hun gezondheid en dat dit wringt met het principe van solidariteit waarop ons zorgstelsel juist gebaseerd is? De leden van de BBB-fractie lezen daarnaast dat de regering stelt dat tranchering de toegankelijkheid van zorg zou verbeteren. Deze leden vragen de regering of hiermee niet impliciet wordt erkend dat een hoog eigen risico daadwerkelijk een zorgdrempel vormt.

De leden van de **SGP-fractie** constateren dat de tranchering pas vanaf 1 januari 2028 in werking treedt vanwege de tijd die zorgverzekeraars nodig hebben voor de invoering. De regering geeft in de toelichting echter zelf aan dat er sprake is van een onderlinge afhankelijkheid tussen de verhoging van het eigen risico en de tranchering. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de verhoging en de tranchering gelijktijdig in te laten gaan, door ofwel de verhoging uit te stellen, ofwel door de tranchering alsnog eerder in te voeren.

Door de verhoging al per 2027 in te voeren en de tranchering pas in 2028 wijzigt de systematiek in korte tijd twee keer. De leden van de SGP-fractie wijzen erop dat zorgverzekeraars in hun brief van 28 januari 2025 al aangaven dat voorspelbaarheid ten aanzien van het eigen risico voor verzekerden belangrijk is. Zij vragen de regering hierop te reflecteren.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** hebben de zorg dat de verhoging van het eigen risico gevolgen heeft voor de toegankelijkheid van de zorg. Nederland heeft een langdurig opgebouwd stelsel waarin het altijd belangrijk is geweest dat de toegankelijkheid voor alle inkomensgroepen gegarandeerd is. De leden van de ChristenUnie-fractie zien de meerwaarde van de voorstellen tot tranchering. Daarbij merken ze op dat de regering schrijft dat enerzijds de drempel tot (medisch-specialistische) zorg wordt verhoogd (door verhoging van het verplicht eigen risico) en anderzijds volgens de regering de drempel wordt verlaagd door invoering van de tranchering. De leden van de ChristenUnie-fractie wat nu het doel van de regering is voor de drempel en op welke criteria de regering dat baseert. Zij vragen bovendien hoe de regering reflecteert op de gevolgen van beide voorstellen in het licht van de effecten van de financiële drempel op de afname van zorg. Zij vragen of de regering voor specifieke doelgroepen zorgen heeft, zo ja, hoe dat wordt gemonitord en zo nee, waarom niet.

De leden van de **SP-fractie** benadrukken dat dit besluit de drempel voor mensen om medisch noodzakelijke zorg te gebruiken verhoogt. Bovendien worden de kosten van de zorg disproportioneel worden neergelegd bij mensen die de pech hebben om ziek te worden. Waarom kiest de regering niet voor het vergroten van de solidariteit, in plaats van deze af te breken?

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering schrijft “Als onderdeel van het vierde principe «Solidair zorgstelsel» zet het kabinet in op een verhoging van het verplicht eigen risico met €60 per 2027 (na indexering)”. Ziet de regering zelf ook niet de absurditeit van die zin in? Waarom erkent de regering niet gewoon dat zij hiermee bewust de solidariteit van ons zorgstelsel afbreken, om geld vrij te maken voor militarisering? Is deze onzin echt nodig?

De leden van de SP-fractie stellen dat dit besluit ook het vertrouwen in de politiek kan beschadigen. Eerst werd beloofd om het eigen risico te verhogen, vervolgens beloofde tijdens de verkiezingscampagne een meerderheid van de huidige Tweede Kamer om het op zijn minst te bevriezen en nu volgt er een verhoging die groter is dan die door enige partij in de doorrekening van het CPB was meegenomen. Hoe legt de regering dit uit aan de Nederlandse kiezer?

2. FINANCIERING VAN DE ZORG EN (KOSTEN)ONTWIKKELINGEN

Het eigen risico wordt verhoogd met €60 en tevens geïndexeerd met €10, wat een totale verhoging van €70 is, zo constateren de leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie**. Kan nader worden toegelicht waarom €70 een geschikt bedrag is voor de verhoging? Waarom gaat een verhoging van €70 precies het gewenste effect van minder zorgconsumptie bewerkstelligen volgens de regering en kan de regering kwantificeren welk effect er verwacht wordt inzake de geschetste uitdagingen in de zorg waar de verhoging van het eigen risico een zogenoemd antwoord op zou zijn? Voor welke problemen is het verhogen van het eigen risico een oplossing en kan de regering precies en met een afrekenbaar doel zeggen welk probleem in welke mate opgelost dient te worden? Kan de regering eenduidig met ja of nee beantwoorden of de verhoging van het eigen risico en het bedrag van €70 wel of niet enige samenhang heeft met financiële opgaven?

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat het verplicht eigen risico volgens de regering dient voor medefinanciering en kostenbewustzijn. Zij vragen de regering in gewone taal uiteen te zetten wie financieel voordeel heeft van dit voorstel en wie erop achteruitgaat. Klopt het dat mensen die weinig of geen zorg gebruiken kunnen profiteren van een lagere premie, terwijl mensen die hun eigen risico volmaken erop achteruitgaan? Hoe verhoudt dit zich tot solidariteit tussen gezonde mensen en mensen die ziek zijn?

Kan de regering inzichtelijk maken welk deel van de geraamde lagere zorguitgaven voortkomt uit het vermijden van niet-noodzakelijke zorg en welk deel mogelijk voortkomt uit het uitstellen of afzien van medisch noodzakelijke zorg? Als dit onderscheid niet kan worden gemaakt, hoe kan de regering dan met voldoende zekerheid stellen dat de besparing niet ten koste gaat van noodzakelijke zorg?

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 3 van de memorie van toelichting dat het verplicht eigen risico twee hoofddoelen heeft, namelijk medefinanciering van de kosten van zorg onder de Zvw en het creëren van kostenbewustzijn. Kan de regering kwantificeren welk deel van de voorgestelde maatregel volgens haar primair ziet op medefinanciering en welk deel op het remgeldeffect? Kan de regering ook aangeven hoe zij deze twee doelen weegt wanneer zij onderling botsen, bijvoorbeeld wanneer kostenbewustzijn omslaat in ongewenste zorgmijding?

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 4 van de memorie van toelichting dat het eigen risico zonder bevrozing in 2026 naar schatting €535 zou hebben bedragen en dat de nominale premie dan circa €100 lager had kunnen worden vastgesteld. Kan de regering inzichtelijk maken hoe de verhouding tussen het verplicht eigen risico en de nominale premie zich naar verwachting ontwikkelt in de jaren 2027 tot en met 2030, zowel mét als zónder tranchering?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering invulling geeft aan het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State (hierna: Raad van State) om te komen tot een consistenter en voorspelbaarder beleid rond het eigen risico. Acht de regering het wenselijk dat burgers en uitvoerders in korte tijd worden geconfronteerd met achtereenvolgens het eerdere voornemen tot verlaging, het

huidige voorstel tot verhoging en de aangekondigde tranchering? Hoe wil de regering voorkomen dat de systematiek van het eigen risico steeds opnieuw wijzigt, met alle gevolgen voor vertrouwen, uitvoerbaarheid en uitlegbaarheid?

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat de regering stelt dat het eigen risico nodig is om premiebetalers solidair te houden met mensen die zorg gebruiken. Deze leden vragen de regering waarop concreet is gebaseerd dat draagvlak voor solidariteit zou afnemen wanneer zorgkosten meer via de premie zouden worden verdeeld. De leden van de BBB-fractie zien deze redenering niet terug als het gaat om uitgaven voor bijvoorbeeld natuurbeleid: verhoging van belastingen om natuurbeleid mee te betalen worden niet in hogere mate neergelegd bij mensen die dat natuurbeleid waarderen. En afnemende solidariteit wordt ook niet als argument aangevoerd wanneer subsidies verstrekt worden aan groeperingen die de overheid met rechtszaken belast. Bij ons zorgstelsel lijkt dit voor het huidige Kabinet echter wel een belangrijk argument. Kan de regering hierop reflecteren? Kan de regering tevens reflecteren op het feit dat een premiestijging over miljoenen verzekerden wordt verdeeld, terwijl een verhoging van het eigen risico juist volledig terecht komt bij mensen die daadwerkelijk zorg nodig hebben?

De leden van de BBB-fractie constateren dat ongeveer de helft van de verzekerden het eigen risico volledig betaalt. Kan de regering uitsplitsen hoeveel van deze groep bestaat uit chronisch zieken, ouderen, mensen met een beperking en mensen met lage inkomens? Voorts lezen deze leden dat de regering het “remgeldeffect” nadrukkelijk als positief presenteert. Kan de regering aangeven hoe onderscheid wordt gemaakt tussen het vermijden van onnodige zorg en het vermijden van noodzakelijke zorg, nu de in memorie van toelichting erkend wordt dat dit onderscheid in de praktijk lastig te maken is?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat het verhogen van het eigen risico door gebrek aan politiek draagvlak, in tegenstelling tot wat oorspronkelijk was geanticipeerd, is voorkomen. Deze leden vragen de regering hoe, ook gezien de unieke positie van het minderheidskabinet, er deze keer wel politiek draagvlak wordt gerealiseerd voor verhoging van het verplicht eigen risico.

De leden van de ChristenUnie-fractie merken op, net als de Raad van State, dat de hoogte van het verplicht eigen risico de afgelopen jaren onderwerp is geweest van politieke beloften. Het verplicht eigen risico zou worden gehalveerd. Inmiddels is duidelijk dat die belofte nooit van de grond gekomen is. In tegenstelling tot de politieke belofte van enkele jaren terug is de huidige regering voornemens het verplicht eigen risico te verhogen. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij de recente geschiedenis op dit onderwerp heeft meegewogen bij het ontwerp van dit wetsvoorstel. Welke overwegingen heeft de regering om deze tournure met deze vaart in te zetten en welk gevolg heeft dit voor het vertrouwen in de politiek, zo vragen deze leden.

Kan de regering in dit licht ook nader ingaan op het advies van de Raad van State waar met kracht wordt onderstreept dat een consistent en voorspelbaar beleid wenselijk is, zo vragen de leden van de ChristenUnie-fractie. Zij vragen bovendien op welke wijze worden mensen voorbereid op een verdere stijging van het verplicht eigen risico na 2027, nu mensen enkele jaren een gelijk bedrag aan verplicht eigen risico hebben moeten betalen?

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de regering schrijft dat “de zorguitgaven door het afgenomen kostenbewustzijn [zijn] toegenomen”. Waar is deze claim op gebaseerd? In hoeverre is minder uitgestelde zorg hierbij meegenomen?

3. DOEL EN INHOUD VAN DE MAATREGEL EN OVERWOGEN ALTERNATIEVEN

De leden van de **VVD-fractie** hechten waarde aan een zorgstelsel waarbij sprake is van risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde mensen. Een van de doelstellingen van het eigen risico is het solidariteitsventiel. Het is daarbij belangrijk dat verzekerden die zelf weinig zorg gebruiken bereid blijven om via hun premie mee te betalen aan de zorg van anderen. De leden van de VVD-fractie vragen zich af wat de verwachte invloed is van de verhoging en de tranchering van het eigen risico op het maatschappelijk draagvlak voor solidariteit in het zorgstelsel.

De leden van de VVD-fractie begrijpen dat het remgeldeffect door de jarenlange bevrozing van het verplicht eigen risico is afgenomen. Deze conclusie vinden zij logisch, aangezien het prijspeil in deze periode niet bevroren geweest is. Kan de regering aangeven in welke mate het verplicht eigen risico sinds 2016 is afgenomen? Hoe groot zou het remgeldeffect zijn op het moment dat de wettelijke indexatie elk jaar plaats zou hebben gevonden?

De leden van de VVD-fractie lezen dat de eigen bijdragen in de Zvw en Wet langdurige zorg (Wlz) in Nederland op twaalf procent liggen, hetgeen in Europees perspectief relatief laag is. Kan de regering aangeven of de verhoging van het eigen risico dit percentage verandert? Graag hierin ook verdisconteren dat het verhogen van het eigen risico effect heeft op de hoogte van de nominale premie.

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** constateren dat de regering erkent dat het verhogen van het eigen een keerzijde heeft, namelijk dat een drempel opwerpt voor medisch noodzakelijke zorg. Echter wordt er gesteld dat alternatieven lastig uitvoerbaar zijn. Kan de regering nader toelichten welke alternatieven ze precies hebben overwogen en waarom deze alternatieven zijn afgefallen? Welke uitvoeringstoetsen zijn uitgevoerd voor de alternatieve mogelijkheden? Door te stellen dat de alternatieven niet werkzaam zijn, presenteert de regering een verhoging van het eigen risico als een noodzakelijkheid voor de eigen financiële kaders, terwijl het dus een politieke keuze is. Waarom heeft de regering niet gekozen voor bijvoorbeeld een verhoging van de vermogensbelasting zodat het eigen risico niet verhoogt hoeft te worden? Is dit overwogen?

Genoemde leden lezen in de memorie van toelichting dat 'Hierbij is geen onderscheid gemaakt tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. In de praktijk blijkt het niet goed mogelijk om het onderscheid te maken tussen noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg en daarom is het ook niet duidelijk in welke mate de zorg waarvan wordt afgezien noodzakelijke zorg is. In hoeverre eigen betalingen leiden tot het uitstellen van noodzakelijke zorg en in hoeverre dat leidt tot hogere zorguitgaven op de langere termijn is onvoldoende onderzocht. Er is weinig bekend over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg bij de zorg die werd gemeden' Hoe kan de regering dan stellen dat het remgeldeffect wenselijk is?

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie lezen in de memorie van toelichting over de enveloppe van €350 miljoen dat 'Voor het zomerreces van 2026 van het parlement zullen de inhoudelijke resultaten volgend uit de analyse aan het parlement worden aangeboden.' Is hier al invulling van? Is de verwachting dat €350 miljoen voldoende is om de nieuwe stapeling aan zorgkosten te compenseren? Graag ontvangen de genoemde leden van de regering een heel precies overzicht van alle debatten waarin de €350 miljoen euro genoemd is als compensatie voor bezuinigingen? Voor welke bezuiniging deze €350 miljoen genoemd is? En hoe groot de omvang van deze bezuiniging is? Graag ontvangen deze leden een gedetailleerd en schematisch overzicht sinds het aantreden van het nieuwe kabinet. Indien dit niet gedetailleerd en schematisch wordt weergegeven, waarom niet? Is de regering dan niet bereid de Kamer tot in detail hierover te informeren en grondig uit alle voorbereiding en beantwoording en verslagen van Kamer- en commissiedebatten deze informatie te extraheren? Kan de regering bovendien aangeven voor welke bezuinigingen, voor welke hogere kosten en voor welk inkomensverlies deze €350 miljoen bedoeld is? Waar is het bedrag van €350 miljoen op gebaseerd?

De leden van de **PVV-fractie** vragen waarom specifiek is gekozen voor een verhoging van €60 bovenop de reguliere indexatie. Welke andere bedragen zijn doorgerekend en waarom zijn deze afgefallen?

Deze leden lezen dat gerichte ontzien van chronisch zieken en mensen met een beperking volgens de regering niet goed uitvoerbaar is. Welke varianten zijn concreet onderzocht? Waarom kunnen bestaande gegevens over langdurig zorggebruik, geneesmiddelengebruik, meerjarig volmaken van het eigen risico, Wlz-indicaties of Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)-gebruik niet worden benut om kwetsbare groepen gerichter te ontzien?

Kan de regering aangeven welke alternatieven buiten het eigen risico zijn onderzocht om de zorg betaalbaar te houden, zoals het verminderen van bureaucratie, overhead, externe inhuur, subsidies, ondoelmatige uitgaven en administratieve lasten in de zorg? Waarom zijn deze alternatieven minder geschikt gevonden dan het verhogen van de rekening voor mensen die zorg nodig hebben?

De leden van de **CDA-fractie** vinden het van belang dat de zorg nu, en in de toekomst, betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit is. Door het eigen risico te verhogen en te indexeren wordt een verhoging van de zorgpremies voorkomen en de solidariteit binnen het zorgstelsel behouden. Tegelijkertijd zijn de leden van de CDA-fractie zich ervan bewust dat de effecten die een verhoging van het eigen risico kan hebben op kwetsbare groepen in de samenleving en de drempels die zij ervaren om gebruik te maken van het zorgsysteem. Deze leden vinden het dan ook positief dat via onderzoek van het Centraal Planbureau (CPB) meer inzicht wordt verkregen in zorgmijding en vragen de regering wanneer de resultaten van dit onderzoek worden verwacht en of, en zo ja op welke wijze de regering voornemens de inzichten uit dit onderzoek mee te nemen in het vormgeven van flankerend beleid zodat ook voor kwetsbare groepen de drempel per behandeling beheersbaar blijft. De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ervoor kiest om waar mogelijk kwetsbare groepen gerichte financiële ondersteuning te bieden. Deze leden vragen de regering dit nader toe te lichten hoe de regering voornemens is dit te gaan doen. De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering structureel €350 miljoen vrijmaakt voor de tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken. Deze leden vinden het positief dat de regering ondersteuning biedt de meest kwetsbare groepen maar zien ook dat huidige ondersteuningsregelingen voor zorgkosten grote en onwenselijke verschillen tussen gemeenten laten zien. Deze leden vragen de regering daarom of zij bindende afspraken met gemeenten gaat maken over de compensatie voor stijgende zorgkosten zodat dat de tegemoetkoming vanaf 2027 terecht komt bij de groep met de meeste zorgkosten.

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 6 van de memorie van toelichting dat voor de verhoging van het eigen risico met €60 rekening is gehouden met een remgeldeffect van €0,6 miljard per jaar. Kan de regering precies uiteenzetten op welke studies, aannames en rekenmodellen deze raming is gebaseerd? Kan de regering daarbij aangeven in hoeverre deze onderbouwing actueel is en in hoeverre deze rekening houdt met de huidige wachttijden, personeelstekorten en druk op de huisartsenzorg?

De leden van de JA21-fractie lezen eveneens op pagina 6 van de memorie van toelichting dat eigen betalingen kunnen leiden tot zowel gewenste als ongewenste zorgmijding en dat weinig bekend is over de balans tussen noodzakelijke en niet-noodzakelijke zorg bij gemedene zorg. Hoe kan de regering dan met voldoende zekerheid stellen dat de maatregel leidt tot meer passende zorg? Welke indicatoren worden gebruikt om te monitoren of de daling van zorggebruik vooral betrekking heeft op niet-noodzakelijke zorg en niet op medisch noodzakelijke zorg? Kan de regering hierop een uitgebreide toelichting geven?

De leden van de JA21-fractie lezen op pagina 7 van de memorie van toelichting dat het CPB onderzoek doet naar het niet opvolgen van verwijzingen door de huisarts. Wanneer worden de resultaten van dit onderzoek verwacht? Waarom wordt het wetsvoorstel al voorgelegd voordat deze resultaten beschikbaar zijn? Is de regering bereid de Kamer voorafgaand aan verdere behandeling te informeren over de meest recente inzichten over zorgmijding en het niet opvolgen van verwijzingen?

De leden van de **BBB-fractie** zien het argument dat verhoging van het eigen risico zou leiden tot vermijden van onnodige zorg als een motie van wantrouwen naar de Nederlandse huisartsen. Zij zijn belast met de taak om onnodige doorverwijzing te voorkomen en de leden van de BBB-fractie hebben alle vertrouwen in die beroepsgroep als het gaat om het vermijden van onnodige zorg. Begrijpt de regering waarom het argument van onnodige zorg dus gezien kan worden als wantrouwen richting de huisartsen en kan zij hierop reflecteren? Hoeveel onnodige zorg denkt de regering dat er daadwerkelijk geleverd wordt als het eigen risico niet omhooggaat? Als zij kennelijk vindt dat de huisartsen die hiervoor aan de lat staan hun taak onvoldoende uitoefenen, waarom heeft zij hen daarop dan niet aangesproken?

Daarnaast zouden volgens de regering “onnodige vervolgschaken of onnodige diagnostiek” worden bekostigd in het huidige systeem. Geeft zij daarmee feitelijk niet aan dat zij de professionaliteit van alle artsen in Nederland in twijfel trekt? Is de regering van mening dat artsen onnodige diagnostiek aanvragen? En gebeurt dat volgens de regering kennelijk op zo'n grote schaal dat mensen met hogere zorgkosten aan de lat moeten staan om dat op te vangen door meer voor hun zorg te betalen?

Als een wantrouwen naar de sector niet de reden is om te spreken van “onnodige vervolgschaken of

onnodige diagnostiek”, wat is dan de reden? De leden van de BBB-fractie vragen zich bovendien af of, als artsen kennelijk geneigd zijn onnodige diagnostiek aan te vragen, of dan het afstraffen van de patiënt daarvoor wel correct is. Heeft een patiënt de kansen, kennis en ruimte om de onnodige diagnostiek te herkennen en de arts op basis van het kostenplaatje te overtuigen om die onnodige diagnostiek niet in te zetten? Kan de regering daarop reflecteren?

De leden van de BBB-fractie vragen de regering hoeveel van deze geraamde besparingen door zorgvermijding volgens de regering bestaat uit medisch noodzakelijke zorg. Kan de regering bevestigen dat zij dit op dit moment feitelijk niet weet?

De leden van de BBB-fractie wijzen erop dat de Raad van State heeft gewezen op het nog lopende onderzoek naar het niet opvolgen van verwijzingen van huisartsen. Waarom kiest de regering ervoor het eigen risico al fors te verhogen voordat de uitkomsten van dit onderzoek bekend zijn? Waarom wacht de regering niet eerst de resultaten van dit onderzoek af, zodat beter inzicht ontstaat in de omvang van ongewenste zorgmijding?

De leden van de BBB-fractie lezen dat alternatieven zoals een inkomensafhankelijk eigen risico of gerichte uitzonderingen voor chronisch zieken volgens de regering moeilijk uitvoerbaar zijn. Deze leden begrijpen de uitvoeringsproblemen, maar constateren tegelijkertijd dat het huidige voorstel ertoe leidt dat juist mensen met veel zorgkosten en weinig financiële ruimte onevenredig hard geraakt worden. Kan de regering reflecteren op de vraag of uitvoerbaarheid hier zwaarder lijkt te wegen dan rechtvaardigheid?

Kan de regering daarnaast toelichten waarom niet nadrukkelijker is gekeken naar alternatieven waarbij de kosten breder via de premie worden verdeeld?

De leden van de BBB-fractie lezen dat de regering wijst op zorgtoeslag en gemeentelijke regelingen als compensatie. Deze leden merken op dat veel mensen alsnog tussen wal en schip vallen, bijvoorbeeld doordat zij net buiten inkomensgrenzen vallen of onvoldoende bekend zijn met regelingen. Kan de regering inzicht geven in hoeveel mensen die het volledige eigen risico betalen géén recht hebben op zorgtoeslag of gemeentelijke ondersteuning? Kan de regering daarnaast reflecteren op het feit dat compensatie achteraf niet voorkomt dat mensen vooraf zorg mijden omdat zij bang zijn de rekening niet te kunnen betalen?

Daarnaast vinden de leden van de BBB-fractie het opvallend dat de regering compensatie door gemeentes ziet als specifieke oplossing voor financiële problemen bij burgers door deze besparing op nationaal niveau. Herkent de regering dat dit gezien kan worden als een besparing voor de nationale portemonnee, die opgevangen moet worden op gemeentelijk niveau? Is duidelijk hoeveel meer aanvragen de Nederlandse gemeenten gaan krijgen voor die gemeentelijke fondsen en regelingen, als de zorgpremie verhoogd wordt? En hoe goed zijn gemeenten op de hoogte van het feit dat zij deze extra kosten moeten gaan dragen nu de regering op de zorg wil bezuinigen? De leden van de BBB-fractie lezen verder dat de regering pas later besluit hoe de enveloppe van €350 miljoen voor chronisch zieken wordt ingezet. Waarom wordt deze wet al behandeld terwijl nog onduidelijk is hoe kwetsbare groepen concreet ondersteund gaan worden?

In de memorie van toelichting wordt uitgelegd dat de financiering van de zorg in Nederland is gebaseerd op solidariteit, zo constateren de leden van de **SGP-fractie**. De verhoging van het eigen risico draagt volgens de regering bij aan versterking van het ‘solidariteitsventiel’. Door het eigen risico (en verplichte eigen bijdragen) worden niet alle zorgkosten collectief gedragen. De effecten van de verhoging van het eigen risico in combinatie met de tranchering landen in de praktijk echter vooral bij mensen die veel zorg nodig hebben. Voor wie weinig tot geen zorg nodig heeft, heeft de verhoging van het eigen risico weinig gevolgen, zeker in combinatie met de tranchering. De leden van de SGP-fractie wijzen erop dat wie jaarlijks meerdere keren zorg nodig heeft, alsnog het volledige eigen risico zal moeten betalen. Voor mensen die relatief veel zorg nodig hebben, levert de tranchering dus geen financieel voordeel op. Zij voelen de verhoging dus het meest in hun portemonnee. De regering erkent dit ook in ‘4. Gevolgen voor verzekerden’. Dit roept de vraag op hoe de combinatie van verhogen en trancheren precies bijdraagt aan de solidariteit binnen het zorgstelsel. De leden van de SGP-fractie vragen de regering hierop te reageren.

De leden van de SGP-fractie menen dat de tranchering vooral een financiële tegemoetkoming is aan mensen die gezond zijn en dus weinig zorg nodig hebben. Mensen die veel zorg nodig hebben, maken

het eigen risico toch wel vol. Op wat voor manier fungeert de tranchering dan als een prikkel om minder zorg af te nemen?

De leden van de SGP-fractie vragen om toelichting hoe groot de groep patiënten is die door de invoering van de tranchering minder eigen risico gaat betalen?

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer de regering voornemens is de ministeriële regeling vast te stellen om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren.

De leden van de SGP-fractie vragen om een reflectie van de regering op de opmerkingen van de zorgverzekeraars (brief 28 januari 2025) dat de jaarlijkse indexatie van het eigen risico altijd leidde tot veel vragen en ergernis van verzekerden. Verwacht de regering dat nu de jaarlijkse indexatie opnieuw wordt ingevoerd het zeer goed denkbaar is dat dergelijke ergernis opnieuw gaat optreden? Welke maatregelen treft de regering hieromtrent?

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere uitleg waarom de regering kiest voor een extra stijging van het verplicht eigen risico met €60 en niet een willekeurig ander bedrag. Het valt hen op dat de € 60 euro niet duidelijk wordt onderbouwd. De leden van de SGP-fractie maken uit de memorie van toelichting op dat als het verplicht eigen risico de afgelopen jaren telkens wel was geïndexeerd het in 2026 naar schatting zou zijn uitgekomen op €535. Met de extra verhoging komt het eigen risico uit op ongeveer € 455. De regering kiest er dus blijkbaar bewust niet voor om het volledige verschil bij te trekken. Kan de regering nader toelichten welke overwegingen een rol hebben gespeeld bij de keuze voor €60?

De leden van de SGP-fractie vragen wanneer het onderzoek van het CPB naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts afgerond wordt.

De leden van de SGP-fractie wijzen op de motie-Stoffer c.s.¹ die vroeg om voorafgaand aan alle bezuinigingen in de sociale zekerheid en zorg de gevolgen daarvan voor kwetsbare doelgroepen in kaart brengen (de ‘Stoffertoets’). De regering geeft aan dat deze analyse voor het zomerreces met de Kamer wordt gedeeld. De leden van de SGP-fractie vragen of deze analyse nog vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel om het eigen risico te verhogen met de Kamer wordt gedeeld. En als dat niet mogelijk is, deze toets in ieder geval uit te voeren voor het voorliggende voorstel.

De leden van de SGP-fractie vinden het verontrustend dat de regering pas in augustus 2026 een besluit neemt over hoe de envelop tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken het beste kan worden ingezet om de effecten van de verhoging van het eigen risico te dempen. Toch wil de regering het wetsvoorstel om het eigen risico te verhogen vóór het zomerreces 2026 door beide Kamers loodsen zodat het per 1 januari 2027 in werking kan treden. Daarmee is het voor de Kamer onmogelijk om de invulling van de compensatie vanuit de envelop mee te wegen bij de wetsbehandeling. De leden van de SGP-fractie vragen de regering daarom om de Kamer vóór de behandeling van het wetsvoorstel duidelijkheid te verschaffen over de uitwerking van de envelop.

De Raad van State wijst erop dat voor het flankerend beleid onder meer wordt verwezen naar de mogelijkheden van gemeenten om maatwerk te leveren. Daarbij worden verwachtingen gewekt over wat gemeenten in algemene zin voor bepaalde groepen verzekerden kunnen betekenen. Niet duidelijk wordt of gemeenten deze verwachtingen waar zullen kunnen maken, welke mogelijke gevolgen dit voorstel heeft voor gemeenten en of daarover overleg met gemeenten heeft plaatsgevonden. De leden van de SGP-fractie vinden dat de memorie van toelichting hier nog te weinig op is aangevuld en vragen om een nadere toelichting op dit punt. Hoe verlopen de gesprekken met gemeenten? Achten zij van het flankerend beleid realistisch en uitvoerbaar? Is het bijvoorbeeld de bedoeling dat compenserende maatregelen vanuit de envelop gelijktijdig in werking treden als de verhoging van het eigen risico? Zo ja, is er vanaf de augustusbesluitvorming dan wel voldoende tijd voor gemeenten om de tegemoetkoming goed te regelen voor 1 januari 2027? De leden van de SGP-fractie verwijzen hierbij ook naar de opmerkingen van het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) op dit punt.

De leden van de SGP-fractie vragen hoe de regering waarborgt dat de middelen die ter beschikking worden gesteld in de envelop tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken daadwerkelijk bij deze groep terecht komen. Is het de bedoeling dat deze middelen aan de Algemene Uitkering worden toegevoegd of worden deze via een Speciale Uitkering ter beschikking gesteld? Het is immers ook de wens van de regering om SPUK-regelingen over te hevelen naar het Gemeentefonds.

¹ Kamerstuk 36848-79

Voor de leden van de SGP zijn zowel de uitvoering van de ‘Stoffertoets’ als de uitwerking van de envelop zwaarwegend bij de beoordeling van het wetsvoorstel. Zonder deze informatie menen de leden van de SGP-fractie dat de Kamer eigenlijk niet goed in staat is om het wetsvoorstel op zijn merites te beoordelen. Indien de regering er niet in slaagt om de analyse van de gevolgen voor kwetsbare doelgroepen en de uitwerking van de envelop af te ronden vóór de plenaire behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, dan zou de behandeling van het voorstel naar de mening van de leden van de SGP-fractie moeten worden uitgesteld.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** lezen dat de regering zich bewust is dat het verhogen voor het eigen risico voor mensen ook betekent dat de toegangsdrempel tot de zorg wordt verhoogd. De regering ziet dit als iets positief, omdat er dan gemiddeld genomen minder zorg wordt gebruikt. Aan de andere kant kan een verhoogde drempel leiden tot zorgmijding van medisch noodzakelijke zorg. De regering schrijft dat het onvoldoende is onderzocht in hoeverre eigen betalingen leiden tot het uitstellen van noodzakelijke zorg en in hoeverre dat leidt tot hogere zorguitgaven op de langere termijn. Meer inzicht wordt verkregen via onderzoek van het CPB, maar ook dit onderzoek is volgens deze leden niet toereikend. Immers, dit onderzoek kijkt alleen naar het niet-opvolgen van verwijzingen van de huisarts, terwijl de zorgmijding ook al daarvoor, of nog daarna, kan plaatsvinden. Daarmee is het beeld dat dit onderzoek schetst weliswaar waardevol, maar niet volledig toereikend. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij deze lacune herkent, en of zij bereid is hier nader onderzoek naar te laten doen en gedurende de komende jaren de zorgmijding als gevolg van financiële drempels te monitoren inclusief de budgettaire gevolgen daarvan op korte en lange termijn.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de regering voornemens is om in gesprek te gaan met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, te analyseren bij wie de maatregelen cumuleren en hoe groot het effect is op het besteedbaar inkomen. De eerste resultaten van de analyse worden naar verwachting voor het zomerreces van 2026 gedeeld met de Kamer. Deze leden vragen de regering waarom er niet is gekozen om de indiening van het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico pas te laten plaatsvinden ná deze gesprekken en analyses. Op welke wijze kunnen de resultaten van deze analyse meegenomen worden inclusief koopkrachteffecten, mocht voorliggend wetsvoorstel in een hypothetisch scenario aangenomen worden voor het zomerreces? Deze leden vragen op welke wijze de resultaten van de analyse door de regering worden betrokken bij dit wetsvoorstel.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de regering extra middelen heeft vrijgemaakt voor specifieke ondersteuning via de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken. Over de precieze besteding van deze middelen wordt later besloten, aangezien er eerst op de inhoudelijke resultaten uit de eerdergenoemde analyse wordt gewacht. Deze leden vragen de regering of er op voorhand kan worden toegezegd dat de tegemoetkoming in balans zal zijn met de extra kosten die kwetsbare groepen maken naar aanleiding van de verhoging van het eigen risico. Hoe groot is naar schatting van de regering de groep mensen die recht heeft op een tegemoetkoming? Indien het beschikbare budget van €350 miljoen gedeeld wordt door de geschatte omvang van de groep, wat betekent dit concreet aan bedrag per persoon? De leden van de fractie van de ChristenUnie vragen om inzichtelijk te maken welke kwalitatieve en kwantitatieve criteria de regering hanteert om te bezien of de extra kosten die kwetsbare groepen krijgen in voldoende mate worden verdisconteerd met het beschikbare extra budget.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering waarom niet gewacht is met indiening van het wetsvoorstel tot de uitwerking van de enveloppe tegemoetkoming zorgkosten chronisch zieken gereed was. Nu is naar mening van de leden van de ChristenUnie-fractie een onvolledig wetsvoorstel ingediend, daar het flankerend beleid onduidelijk en allesbehalve gereed is. Het budget voor de enveloppe is beschikbaar vanaf 2027. Echter is onduidelijk of dit budget ook daadwerkelijk in 2027 uitgegeven kan worden. Hoe reflecteert de regering hierop? Is het gereed staan van de tegemoetkoming voortkomend uit de enveloppe voor de regering randvoorwaardelijk voor inwerkingtreding van dit wetsvoorstel? Zo nee, waarom niet? Erkent de regering dat de mogelijke consequentie gaat zijn dat chronisch zieken volgend jaar wel een hoger verplicht eigen risico moeten betalen terwijl zij in datzelfde jaar geen bedrag kunnen ontvangen uit de enveloppe? Acht de regering dit wenselijk? Zo nee, wat gaat de regering doen om dit te voorkomen?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen of de regering voornemens is de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten af te schaffen. Deze regeling voorziet mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering jaarlijks van een bedrag van ruim €200 om tegemoet te komen aan hun zorgkosten. De leden van de ChristenUnie-fractie vinden afschaffing hiervan in combinatie met verhoging van het verplicht eigen risico én het afschaffen van de aftrekpost voor zorgkosten onverstandig. Deze leden vragen de regering hierover duidelijkheid te verschaffen en te reflecteren op mensen met een kwetsbare (financiële) positie.

De leden van de ChristenUnie-fractie zien dat de tranchering van het eigen risico is voorbereid via een afzonderlijke wijziging van het Besluit zorgverzekeringen. Deze leden kunnen begrijpen dat deze wijziging afzonderlijk wordt meegenomen, zij betreuren dat de invoer van tranchering later wordt ingevoerd. Ziet de regering kansen om zorgverzekeraars extra te ondersteunen zodat de tranchering wél per 2027 in kan gaan? Welke opties zijn er om zorgverzekeraars te helpen om de invoer te versnellen? Indien er echt geen enkele mogelijkheid is om de tranchering een jaar eerder in te laten gaan, hoe kijkt de regering dan naar de mogelijkheid om de verhoging van het eigen risico een jaar later in te voeren?

De leden van de **SP-fractie** lezen dat de regering tegelijkertijd wijst op de personeelstekorten in de zorg en op de verwachte extra zorgmijding (remgeldeffect) als reden om deze maatregel door te voeren. In hoeverre kan dit echter zowel een oplossing zijn voor personeelstekorten als voor stijgende kosten? Op het moment dat er nu al personeelstekorten zijn betekent dat dat er nu al een deel van de zorgvraag is die hierdoor onbeantwoord blijft. Als de aanname is dat de zorgvraag zal dalen als gevolg van een verhoging van het eigen risico, zorgt dat er dan niet vooral voor dat de onbeantwoorde zorgvraag daalt, terwijl de inzet van personeelscapaciteit praktisch volledig blijft, doordat de vraag alsnog groter blijft dan het aanbod? Zo ja, hoe verwacht de regering dan dat zowel het personeelstekort als de zorguitgaven zouden dalen?

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering schrijft dat zorgmijding vanwege financiële redenen een dalende trend laat zien tussen 2016 en 2025, op basis van cijfers van het Nivel. Dit lijkt daarmee aangedragen te worden als argument om het eigen risico te verhogen. Zij vragen echter of dit niet juist een reden is om het eigen risico niet te verhogen. Als zorgmijding zo sterk zou zijn gedaald, is het dan niet aannemelijk dat dit op zijn minst deels te danken is aan de bevrozing van het eigen risico?

De leden van de SP-fractie wijzen er daarnaast op dat onderzoek van het Nivel daarnaast ook laat zien dat een verhoging van het eigen risico naar €460 ertoe zou leiden dat het aantal verzekerden voor wie het eigen risico een belemmering zou vormen om noodzakelijke zorg te gebruiken zou stijgen van zeven procent naar zestien procent.² Hoe kijkt de regering hiernaar? Ontkennen zij dat dit effect waarschijnlijk zou optreden? Of erkennen zij dat wel, maar zien zij het feit dat meer dan een miljoen extra Nederlanders zorg gaan mijden als acceptabele prijs om meer geld te kunnen investeren in de Amerikaanse wapenindustrie?

De leden van de SP-fractie lezen dat de regering het CPB onderzoek laat doen “naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts”. Zij vinden het apart dat de regering deze maatregel nu alvast wil doorvoeren om dan daarna pas te kijken of het zal zorgen voor zorgmijding. Wat gebeurt er bovendien als uit dat onderzoek blijkt dat dit tot veel extra zorgmijding leidt? Wordt deze maatregel dan teruggedraaid?

De leden van de SP-fractie hebben daarnaast nog vragen over de inzet van de €350 miljoen die is bedoeld als tegemoetkoming voor chronisch zieken. Wanneer kan de regering duidelijkheid geven over hoe dit bedrag wordt ingezet? Wat levert dit bovendien naar verwachting gemiddeld op per persoon met een chronische ziekte of beperking en hoe verhoudt dit zich tot de extra kosten die dit voorstel voor hen creëert? Kan de regering in een tabel het totale verwachte effect van deze wet en de geplande tegemoetkoming voor deze groep weergeven?

² Nivel, 11 mei 2026, (<https://www.nivel.nl/nl/nieuws/meer-verzekerden-verwachten-belemmeringen-om-zorg-te-gebruiken-bij-een-hoger-eigen-risico>)

4. GEVOLGEN VOOR VERZEKERDEN

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat het verhogen van het verplicht eigen risico niet alleen effect heeft op de hoogte van het eigen risico zelf, maar ook op de nominale premie en de hoogte van de zorgtoeslag. Kan de regering aangeven in welke mate de voorgenomen verhoging van het eigen risico effect heeft op de totale procentuele koopkrachtontwikkeling van verschillende typen verzekerden? Graag hierbij gebruik maken van de typen verzekerden zoals weergegeven op pagina 12.

Als compenserende maatregel noemt de regering de zorgtoeslag. Echter wordt de zorgtoeslag verlaagd door de geraamde verlaagde nominale premie. Gaat de regering de zorgtoeslag verhogen om dit te compenseren? Zo ja, op welke wijze?

De leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie** lezen dat ‘de nominale premie lager kunnen vaststellen dan in de situatie waarin het verplicht eigen risico niet zou worden verhoogd.’ Echter kiest de regering er ook voor om deze verlaging te compenseren met een verhoging van de inkomstenbelasting en een verhoging van de AOF-premie. Kan de regering toelichten waarom zij ervoor kiest om deze verlaging te compenseren met lastenverzwaringen? Op welke wijze profiteren burgers dan de verhoging van het eigen risico? In de Trouw³ lezen genoemde leden dat het “per saldo een lastenverlichting” is. Kan worden toegelicht hoe dit een lastenverlichting is als het gehele bedrag wordt gecompenseerd met een verhoging van de lasten? Hoe staat dit in verhouding met de uitspraak ‘Na de daling van de zorgtoeslag blijft per saldo een lastenverlichting over van €912 miljoen in 2027’, uit de memorie van toelichting?

Uit de tabel op pagina 11 van de memorie van toelichting blijkt dat vooral mensen die het eigen risico volledig opmaken en zorgtoeslag ontvangen er het hardst op achteruitgaan. Oftewel, lagere inkomens en zorgbehoevende mensen. Hoe kijkt de regering er tegenaan dat juist de rekening bij hen terecht komt? Is de regering het eens dat dit conflicteert met zowel inkomenssolidariteit als risicosolidariteit?

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat naar verwachting 7,3 miljoen mensen hun verplicht eigen risico volmaken en er financieel op achteruitgaan. Zij vragen de regering te bevestigen dat dit een zeer grote groep Nederlanders betreft die daadwerkelijk zorg nodig heeft. Kan de regering deze groep uitsplitsen naar ouderen, chronisch zieken, mensen met een beperking, lage inkomens en ontvangers van zorgtoeslag? Kan de regering specifiek ingaan op de uitkomst van het Nivel dat verzekerden zich over de voorgenomen verhoging veel vaker zorgen maken om anderen dan om zichzelf? Hoe betreft de regering deze maatschappelijke zorg bij de beoordeling van de gevolgen voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en mensen die al moeite hebben hun zorgkosten te betalen? Kan de regering in een overzicht laten zien wat de financiële gevolgen zijn voor een alleenstaande met een laag inkomen en zorgtoeslag die het eigen risico volmaakt, een chronisch zieke met een modaal inkomen, een oudere met meerdere aandoeningen, een patiënt in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en een verzekerde met een vrijwillig eigen risico? Kan daarbij de verhoging, de indexatie, de lagere premie, de lagere zorgtoeslag en de tranchering per 2028 worden meegenomen? Kan de regering aangeven hoeveel verzekerden naar verwachting betalingsproblemen krijgen of vaker gebruik zullen moeten maken van gespreide betaling bij zorgverzekeraars? Is de regering bereid de Kamer jaarlijks te informeren over betalingsregelingen, betalingsachterstanden, incassotrajecten en klachten over het verplicht eigen risico?

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 11 van de memorie van toelichting dat verzekerden die het verplicht eigen risico volledig betalen en zorgtoeslag ontvangen er door de verhoging van €60 per saldo €30 op achteruitgaan, terwijl verzekerden die het eigen risico niet volledig betalen en geen zorgtoeslag ontvangen er per saldo €48 op vooruitgaan. Kan de regering deze effecten uitsplitsen naar kenmerken als: inkomen, leeftijd, gezondheidstoestand en huishoudtype?

De leden van de JA21-fractie vragen specifiek naar het jaar 2027, waarin het eigen risico stijgt maar de tranchering nog niet geldt. Welke effecten verwacht de regering op vermijding in dit overgangsjaar?

³ Trouw, 27 mei 2026, ([Den Haag worstelt al twintig jaar met het eigen risico. Wat is er precies zo gevoelig aan die voorgestelde verhoging? | Trouw](#))

De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering om de financiële opbrengst van het remgeldeffect, geraamd op €613 miljoen in 2027, nader te onderbouwen.

Uit de toelichting blijkt dat het financiële effect van de verhoging van het eigen risico het grootst is voor de groep mensen die het verplicht eigen risico volledig betalen én recht hebben op zorgtoeslag. De leden van de SGP-fractie vragen hoe groot deze groep mensen is.

Uit de memorie van toelichting blijkt dat het verhogen van het eigen risico leidt tot minder zorggebruik. Naar de huidige inzichten wordt dit geraamd op €613 miljoen in 2027. Het is voor de leden van de SGP-fractie op basis van de toelichting onduidelijk bij welke groep verzekerden de daling in zorggebruik het grootst zal zijn. Zij maken zich zorgen dat juist de verzekerden voor wie het financiële effect van de verhoging van het eigen risico het grootst is, het vaakst zullen kiezen om zorg te mijden. De leden van de SGP-fractie zouden dit onwenselijk vinden. Het gaat hier immers juist om de groep die sociaaleconomisch het zwakst is: verzekerden die jaarlijks het eigen risico volledig betalen én zorgtoeslag ontvangen. De leden van de SGP-fractie vragen de regering daarom inzichtelijk te maken hoe de geschatte €613 euro verdeeld is over de vier typen verzekerden die in de tabel (pagina 11) worden genoemd. Zij verwijzen hierbij naar het advies van ATR om inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht.

De leden van de SGP-fractie constateren dat in de tabel (pagina 11) in de memorie van toelichting in het totaal effect de indexatie en de tranchering niet zijn meegenomen. Zij vragen de regering om een berekening te maken waarbij de indexatie en de tranchering beide zijn meegenomen in het totaal effect.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering wanneer burgers een definitief kostenplaatje kunnen maken voor hun eigen huishouden: wanneer is definitief duidelijk hoe hoog de nominale premie voor het komende jaar is, wat de hoogte van het verplicht eigen risico is en wat, voor mensen die daarvoor in aanmerking komen, de hoogte is van de zorgtoeslag?

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering de verwachte hoogte van het verplicht eigen risico en de nominale premie voor de jaren na 2027 uiteen te zetten. Aanvullend vragen deze leden waarom de regering niet gekozen heeft voor een eenmalige verhoging van het verplicht eigen risico en bevrozing daarvan in plaats van mogelijk jaarlijkse verhogingen van het eigen risico.

De leden van de ChristenUnie-fractie lezen dat de mensen die hun eigen risico niet volmaken wel zullen profiteren van een lagere nominale premie. Deze leden vragen de regering of zij nadere duiding bij deze groep kan geven. Is de aanname van de leden van de ChristenUnie-fractie correct dat in deze groep mensen met een hogere SES-status oververtegenwoordigd zijn? En geldt de aanname andersom ook, namelijk dat mensen met een lagere SES-status oververtegenwoordigd zijn in de groep mensen voor wie het totale effect het meest negatief is?

De leden van de **SP-fractie** wijzen erop dat het verhogen van het eigen risico een lompe en ongerichte maatregel is om passende zorg af te dwingen. Bij het eigen risico wordt namelijk niet gekeken naar de medische noodzaak van de zorg. Sterker nog, het geldt enkel voor zorg waarvan een arts de medische noodzaak al heeft vastgesteld. Bovendien raakt het mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte en/of beperking disproportioneel, omdat zij vaker zorg nodig hebben en het eigen risico een groter percentage van hun inkomen beslaat. Waarom kiest de regering er dan toch voor om zo'n kortzichtige maatregel in te zetten?

De leden van de SP-fractie vragen de regering of zij onderzocht hebben welk deel van de verwachte door de overheid gestimuleerde zorgmijding (ook wel aangeduid als het remgeldeffect) zal worden veroorzaakt door mensen met een laag inkomen, een chronische ziekte en/of beperking. Zo ja, om welk percentage gaat dit? Zo nee, is de regering bereid dit alsnog te doen?

De leden van de SP-fractie vinden het opmerkelijk dat de regering doet alsof mensen profiteren van deze maatregel, doordat de premie minder stijgt door de verhoging van het eigen risico. Zij wijzen er namelijk op dat de regering de verwachte lagere premiestijging lijkt aan te grijpen om dit geld via belastingverhogingen bij de inkomstenbelasting in te zetten voor investeringen in defensie. Waarom erkent de regering dit niet in de Memorie van Toelichting?

5. EUROPESE ASPECTEN

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

6. UITVOERING EN REGELDRUK

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de regeldrukkosten voor burgers worden ingeschat op €8,2 miljoen en dat daarbij wordt uitgegaan van twee minuten kennisneming per volwassen verzekerde. Waarom acht de regering twee minuten realistisch voor een wijziging die voor miljoenen mensen gevolgen heeft voor hun portemonnee? Is hierbij rekening gehouden met mensen met lage gezondheidsvaardigheden, mensen die de Nederlandse taal minder goed beheersen en mensen die al moeite hebben met zorgnota's en eigenrisicorekeningen? Kan de regering toelichten hoe burgers tijdig en begrijpelijk worden geïnformeerd over de verhoging per 2027 en de tranchering per 2028? Wordt deze communicatie vooraf getest bij ouderen, chronisch zieken, mensen met lage inkomens en verzekerden met een vrijwillig eigen risico?

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 13 van de memorie van toelichting dat de regeldrukkosten voor burgers als gevolg van de verhoging worden geraamd op €8,2 miljoen, waarbij is uitgegaan van 14,5 miljoen volwassen verzekerden die twee minuten nodig hebben om kennis te nemen van de nieuwe hoogte van het eigen risico. Kan de regering nader onderbouwen waarom twee minuten realistisch is, gelet op de gelijktijdige effecten op het eigen risico, de nominale premie en de zorgtoeslag?

De leden van de **JA21-fractie** lezen in het advies van het ATR dat de combinatie van verhoging en tranchering het systeem aanzienlijk ingewikkelder maakt en dat het risico bestaat dat de beoogde gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd. Kan de regering toelichten waarom de doenvermogenstoets pas in het najaar wordt uitgevoerd? Waarom is deze toets niet in een eerder stadium uitgevoerd?

De leden van de **JA21-fractie** vragen of de regering bereid is de uitkomsten van de doenvermogenstoets aan de Kamer te sturen voordat het ontwerpbesluit tranchering eigen risico wordt vastgesteld. Kan de regering toezeggen dat de tranchering niet wordt vastgesteld voordat de werkbaarheid voor verschillende groepen verzekerden aantoonbaar is onderbouwd?

De leden van de **JA21-fractie** vragen hoe de regering de regeldruk voor zorgaanbieders beoordeelt. Zorgaanbieders hebben immers ook een informatieplicht richting patiënten over kosten van zorg. Welke extra vragen voor zorgaanbieders verwacht de regering door de verhoging in 2027 en door de tranchering in 2028?

De leden van de **SGP-fractie** vragen waarom de regering geen uitvoeringstoets of invoeringstoets heeft uitgevoerd.

Het is voor de leden van de **SGP-fractie** onduidelijk hoe het vrijwillig eigen risico moet worden uitgevoerd bij de voorgenomen aanpassing van het verplicht eigen risico. Moet het vrijwillig eigen risico aangesproken worden voor- of nadat het verplicht eigen risico in tranches is opgemaakt?

De zorgverzekeraars wijzen erop dat er ongewenste effecten zouden kunnen optreden in aanloop naar de tranchering van het eigen risico. Het is niet ondenkbaar dat mensen door de verhoging van het eigen risico in 2027 een behandeling gaan uitstellen tot het moment dat in 2028 de tranchering van kracht wordt. Dit kan honderden euro's schelen. De leden van de **SGP-fractie** herkennen deze zorg. Hoe wil de regering deze ongewenste gedragseffecten voorkomen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zien dat verwezen wordt naar flankerend beleid om zorg betaalbaar te houden voor iedereen. Daarbij wordt ook gerefereerd aan minimapolissen die via gemeenten aangeboden worden en het reguliere armoedebeleid van gemeenten. Deze leden vragen daarom waarom de regering over voorliggend wetsvoorstel geen overleg heeft gevoerd met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)?

7. BUDGETTAIRE GEVOLGEN

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat verzekerden door de verhoging naar verwachting €437 miljoen meer gaan betalen aan verplicht eigen risico in 2027. Kan de regering bevestigen dat dit bedrag wordt opgebracht door mensen die zorg gebruiken? Hoe is dit bedrag verdeeld over leeftijdsgroepen, inkomensgroepen en mensen met meerjarig zorggebruik?

Deze leden lezen daarnaast dat de regering rekest met €613 miljoen lagere zorguitgaven door een groter remgeldeffect. Welke zorg wordt naar verwachting niet meer geleverd als gevolg van deze raming? Om welke typen zorg, specialismen of behandelingen gaat het? Is in de raming rekening gehouden met hogere kosten op langere termijn doordat noodzakelijke zorg wordt uitgesteld?

De leden van de **CDA-fractie** lezen in de budgettaire bijlage van het coalitieakkoord dat de tranchering van het eigen risico op 150 euro vanaf 2028 een besparing van €200 miljoen per jaar moet opleveren. Deze leden vragen de regering toe te lichten hoe zij verwacht tot deze besparing te komen en in de beantwoording de aan deze besparing onderliggende cijfers en effecten toe te lichten.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering een daling van de collectieve zorguitgaven wordt verwacht. Hierbij wordt rekening gehouden met een daling van €613 miljoen aan zorguitgaven in 2027 door een verhoging van het zogeheten remgeldeffect. Deze leden ook dat als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan €150, en er sprake is van een vrijwillig eigen risico, de zorgverzekeraar het bedrag boven de €150 voor rekening van het vrijwillig eigen risico kan brengen, ook als het totaalbedrag van het verplicht eigen risico nog niet is bereikt. Deze leden vragen de regering of zij verwacht dat dit effect heeft op het aantal mensen dat besluit om een vrijwillig eigen risico af te sluiten en wat het effect hiervan is op het remgeldeffect en dientengevolge de zorguitgaven na 2027.

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 13 van de memorie van toelichting dat het budgettaire effect bestaat uit hogere opbrengsten uit het verplicht eigen risico en lagere zorgkosten door een hoger kostenbewustzijn. Kan de regering per budgettaire post aangeven welke onzekerheidsmarges gelden? Hoe gevoelig zijn de ramingen voor een lager of hoger remgeldeffect dan verondersteld?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de investering in de tranchering zich verhoudt tot de geraamde maatschappelijke baten. Kan de regering een totaaloverzicht geven van de implementatiekosten voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders, softwareleveranciers en de overheid, inclusief informatievoorziening, processen en aanpassing van ICT-systemen?

De leden van de JA21-fractie vragen in hoeverre deze implementatiekosten uiteindelijk worden doorberekend in de premie. Kan de regering het netto-effect op de nominale premie in 2027, 2028, 2029 en 2030 inzichtelijk maken, afzonderlijk voor de verhoging, de indexering, de tranchering en de uitvoeringskosten?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering de lastenverzwaring uit de Voorjaarsnota 2026 betreft bij de financiële effecten voor burgers. Kan de regering inzichtelijk maken wat het totale effect is voor burgers wanneer zowel de lagere nominale premie, de lagere zorgtoeslag, het hogere eigen risico en de compenserende lastenverzwaring worden meegenomen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** vragen de regering of bij de inschatting van het remgeldeffect ook rekening is gehouden met de gevolgen van zorgmijding en mogelijk hogere zorgkosten bij later ingrijpen bij medische klachten. Zo nee, is hier een inschatting van te maken? Aanvullend vragen deze leden of bekend is voor welke categorieën zorgvragen de zorg wordt uit- of afgesteld als gevolg van het verhogen van het verplicht eigen risico.

De leden van de **SP-fractie** vragen de regering in hoeverre bij de berekening van de verwachte door de overheid gestimuleerde zorgmijding (ook wel aangeduid als het remgeldeffect) rekening heeft gehouden met het effect op uitgestelde zorg. Het eigen risico geldt immers enkel om zorg waarvoor een verwijzing nodig is van een arts, die daarmee heeft bepaald dat deze zorg noodzakelijk is. De kans is daarmee groot dat zorgmijding vanwege het eigen risico leidt tot uitgestelde zorg, waardoor later die kosten alsnog moeten worden gemaakt en soms zelfs meer kosten. In hoeverre is dit meegerekend?

8. ADVIES EN CONSULTATIE

Kan de regering een reactie geven op de specifiek aangestipte zorgen uit de samenvatting van zorgaanbieders, zo vragen de leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie**.

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de Raad van State vraagt om een meer consistente en voorspelbare koers rond het verplicht eigen risico. Kan de regering aangeven hoe dit voorstel daaraan bijdraagt, nu eerdere plannen juist uitgingen van verlaging van het verplicht eigen risico? Kan de regering nader motiveren waarom de verhoging van €60 noodzakelijk en proportioneel is?

Deze leden lezen dat de Raad van State waarschuwt dat verwachtingen worden gewekt over wat gemeenten voor kwetsbare groepen kunnen doen. Kan de regering aangeven of gemeenten extra middelen krijgen om deze verwachtingen waar te maken? Heeft overleg plaatsgevonden met de VNG en wat was daarvan de uitkomst?

De leden van de **PVV-fractie** constateren dat de internetconsultatie zag op eerdere plannen voor verlaging van het verplicht eigen risico naar €165 en tranchering met tranches van €50. Waarom is geen nieuwe internetconsultatie gehouden over de nu voorliggende combinatie van verhoging naar circa €455 en tranchering met tranches van €150? Welke kritiek van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), patiëntenorganisaties en uitvoerders is overgenomen en welke niet?

Kan de regering per adviespunt van het ATR aangeven wat concreet is aangepast naar aanleiding van de kritiek op nut en noodzaak, werkbaarheid, alternatieven en regeldruk? Kan de regering daarbij ook ingaan op stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen?

De leden van de **JA21-fractie** vragen of de regering per adviespunt van het ATR kan aangeven of dit volledig, gedeeltelijk of niet is overgenomen. Kan de regering daarbij specifiek ingaan op de adviespunten over ongewenste zorgmijding, werkbaarheid voor burgers, kwetsbare groepen en de herberekening van regeldrukkosten?

De leden van de **SGP-fractie** vragen om een nadere toelichting waarom de regering het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit niet heeft aangeboden voor internetconsultatie. Het betreft immers de grootste stijging van het verplicht eigen risico in jaren. Over het verhogen van het eigen risico wordt in het publieke debat veel gesproken. Het ligt dan toch voor de hand dat hierover een internetconsultatie plaatsvindt? Daarbij vinden de leden van de **SGP-fractie** het niet juist dat de regering heeft gemeend om te kunnen volstaan met de inbreng uit de internetconsultatie voor het wetsvoorstel van het kabinet-Schoof om het eigen risico te halveren. Een significante verhoging van het eigen risico is een wezenlijk ander voorstel dan een substantiële verlaging ervan. Een nieuwe internetconsultatie had dan ook op zijn plaats geweest.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat ATR adviseert om een doenvermogenstoets uit te voeren. De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de regering dit advies opvolgt, maar de doenvermogenstoets pas in het najaar uitvoert. Dit betekent dat de doenvermogenstoets alleen gebruikt kan worden voor de voorlichting en niet betrokken kan worden bij de wetsbehandeling. Zij vragen waarom de regering er niet voor heeft gekozen om de doenvermogenstoets uit te voeren vóórdat het wetsvoorstel in het parlement wordt besproken. Zij verzoeken de regering om dit alsnog te bewerkstelligen.

De leden van de **ChristenUnie-fractie** achten het niet deugdelijk dat voorliggend wetsvoorstel niet voorgelegd is voor internetconsultatie. Kan de regering nader toelichten waarom zij deze keuze gerechtvaardigd acht?

9. GEVOLGEN VOOR CARIBISCH NEDERLAND

Over deze paragraaf zijn geen vragen gesteld.

10. INWERKINGTREDING EN COMMUNICATIE

Kan de regering toelichten wat de consequenties zijn als het wetsvoorstel niet door beide Kamers komt voor het zomerreces, zo vragen de leden van de **GroenLinks-PvdA-fractie**. Wat is de uiterste datum

dat voorliggend wetsvoorstel door beide Kamers aangenomen dient te worden om een besparingsverlies te voorkomen? Wat is de omvang van een eventueel besparingsverlies?

De leden van de **PVV-fractie** lezen dat de parlementaire behandeling uiterlijk begin juli 2026 moet zijn afgerond om het verplicht eigen risico voor 2027 tijdig vast te stellen. Waarom wordt de Kamer onder deze tijdsdruk gezet bij een wetsvoorstel met grote financiële gevolgen voor miljoenen verzekerden?

De leden van de **JA21-fractie** lezen op pagina 18 van de memorie van toelichting dat de parlementaire behandeling uiterlijk begin juli 2026 moet zijn afgerond om inwerkingtreding per 1 september 2026 mogelijk te maken. Kan de regering nader toelichten wat de gevolgen zijn als het wetsvoorstel niet voor het zomerreces door beide Kamers wordt behandeld? Betekent dit dat de verhoging pas een jaar later kan plaatsvinden of zijn er alternatieve routes?

De leden van de JA21-fractie vragen welke concrete communicatieverantwoordelijkheid bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de overheid komt te liggen. Kan de regering aangeven wie het aanspreekpunt is voor verzekerden die vragen hebben over de samenloop van het verplicht eigen risico, vrijwillig eigen risico, zorgtoeslag en tranchering?

De regering wil de verhoging van het eigen risico per 1 januari 2027 invoeren. Daarvoor moet het voorstel nog voor de zomer in beide Kamers worden aangenomen. Het is echter nu reeds duidelijk dat in de Eerste Kamer geen meerderheid is voor verhoging van het eigen risico. De Eerste Kamer heeft immers in meerderheid de motie-Rosenmöller c.s. aangenomen over niet verhogen van het eigen risico⁴. De leden van de **SGP-fractie** vragen de regering wat dit betekent voor het wetsvoorstel. Hoe kansrijk acht de regering het wetsvoorstel überhaupt?

De leden van de SGP-fractie merken op dat de systematiek van het eigen risico complexer wordt en daardoor ook moeilijker uitlegbaar wordt aan verzekerden. Welke rol ziet de regering voor zichzelf weggelegd als het gaat om communicatie over de toekomstige werking van het eigen risico?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** begrijpen uit de memorie van toelichting dat er haast is met behandeling van het wetsvoorstel om het wetsvoorstel tijdig in werking te kunnen laten treden. Deze leden vragen echter hoe de regering (met een minderheidscoalitie in beide Kamers) verwacht de verhoging van het eigen risico te kunnen realiseren, zonder dat er duidelijkheid is over hoe de enveloppe voor tegemoetkoming voor chronisch zieken (om tegemoet te komen aan het hogere verplicht eigen risico) uitgegeven wordt?

II ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

De leden van de **PVV-fractie** vragen de regering te bevestigen dat dit wetsvoorstel alleen ziet op de verhoging van het verplicht eigen risico en dat de tranchering juridisch via het Besluit zorgverzekering wordt geregeld. Welke ruimte heeft de Kamer nog om de hoogte van het verplicht eigen risico voor 2027 aan te passen en op welk moment kan de Kamer nog invloed uitoefenen op de hoogte, reikwijdte en uitvoering van de tranchering?

De leden van de **JA21-fractie** lezen dat artikel I regelt dat het eigen risico voor 2027 eerst wordt geïndexeerd en vervolgens met €60 wordt verhoogd. Kan de regering aangeven wanneer de ministeriële regeling waarin het definitieve bedrag wordt vastgesteld naar de Kamer wordt gestuurd? Kan de regering toezeggen dat de Kamer gelijktijdig wordt geïnformeerd over de onderliggende raming van de zorguitgaven die tot de indexatie leidt?

De leden van de JA21-fractie lezen dat artikel III voorziet in inwerkingtreding per 1 september 2026. Kan de regering toelichten welke onderdelen van de uitvoering uiterlijk op die datum gereed moeten zijn? Welke risico's zijn er als de publicatie in het Staatsblad later plaatsvindt dan voorzien?

⁴ Kamerstuk 36.848, C

De leden van de **BBB-fractie** lezen dat het wetsvoorstel vóór het zomerreces moet zijn aangenomen vanwege uitvoeringstechnische redenen. Kan de regering toelichten waarom snelheid van invoering zwaarder weegt dan zorgvuldigheid, nu belangrijke onderzoeken naar zorgmijding nog lopen en compensatiemaatregelen nog niet zijn uitgewerkt?

III ONTWERPBESLUIT HOUDENDE TRANCHERING EIGEN RISICO MEDISCH-SPECIALISTISCHE ZORG (TRANCHES VAN €150)

De leden van de **VVD-fractie** begrijpen dat het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg, los van onderhavig wetsvoorstel, wordt getrancheerd op maximaal €150 per behandeling. Deze leden vinden dit goed, omdat mensen nu niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Dit gaat zorgmijding tegen. Kan de regering aangeven in welke mate zij door tranchering verwacht dat zorgmijding zal afnemen? De leden van de VVD-fractie zijn hiernaast ook benieuwd of de regering kan toelichten in welke mate de tranchering van het verplicht eigen risico invloed heeft op het kostenbewustzijn. Kan de regering daarbij ingaan op wat het verhogen en de tranchering van het eigen risico bijdraagt aan de beweging die we willen maken naar meer passende zorg?

De leden van de **PVV-fractie** hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit houdende tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg. Waarom is gekozen voor een maximumbedrag van €150 per rechtsgeldig in rekening gebracht tarief? Welke andere tranchebedragen zijn onderzocht, waaronder €50, €100, €125 en €200, en wat waren daarvan de gevolgen voor verzekerden, zorgvraag, premie, uitvoerbaarheid en budgettaire effecten? Klopt het dat de eerdere internetconsultatie over tranchering uitging van tranches van € 50 en waarom is in het huidige ontwerpbesluit gekozen voor €150?

De leden van de PVV-fractie lezen in hetzelfde Nivel-onderzoek dat ook bij een regeling van maximaal €150 eigen risico per behandeling bij een eigen risico van €460 nog twaalf procent van de verzekerden aangeeft dat dit waarschijnlijk of zeker een belemmering vormt om zorg te gebruiken. Hoe verhoudt dit zich tot de stelling van de regering dat de tranchering de toegankelijkheid van zorg vergroot?

Deze leden vragen hoe een verzekerde vooraf kan weten of één ziekenhuistraject leidt tot één diagnose-behandelcombinatie (dbc), meerdere dbc's, een vervolg-dbc, een add-on of een overig zorgproduct (ozp). Hoe wordt voorkomen dat verzekerden meerdere rekeningen ontvangen voor wat zij zelf ervaren als één behandeling of één opname?

Kan de regering toelichten waarom ggz-zorg door psychiaters in beginsel buiten de tranchering valt, terwijl patiënten in de ggz ook hoge zorgkosten kunnen hebben? Acht de regering het uitlegbaar dat geriatrische revalidatiezorg en door kaakchirurgen geleverde mondzorg wel onder de tranchering vallen, maar ggz-zorg in beginsel niet?

De leden van de PVV-fractie vragen hoe de tranchering uitwerkt voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Kan de regering bevestigen dat kosten boven de €150 per medisch-specialistische prestatie ten laste kunnen komen van het vrijwillig eigen risico, ook wanneer het verplicht eigen risico nog niet volledig is volgemaakt? Kan de regering duidelijke rekenvoorbeelden geven voor verzekerden zonder vrijwillig eigen risico en met €100, €300 en €500 vrijwillig eigen risico?

Deze leden lezen dat de tranchering pas per 1 januari 2028 kan ingaan vanwege de impact op administratiesystemen en informatie- en communicatietechnologie (ICT) van zorgverzekeraars. Welke concrete aanpassingen moeten zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) doen en wie betaalt de uitvoeringskosten? Welke risico's zijn er dat de invoering per 1 januari 2028 niet wordt gehaald?

Deze leden lezen dat naar verwachting ongeveer 1,3 miljoen verzekerden door de tranchering gemiddeld circa €100 minder verplicht eigen risico betalen, terwijl de regering tegelijk rekent met € 318 miljoen lagere zorguitgaven door een groter remgeldeffect. Kan de regering uitleggen waarom een maatregel die de financiële drempel tot medisch-specialistische zorg verlaagt, tegelijkertijd tot minder zorggebruik zou leiden? Hoe verhoudt dit zich tot de waarschuwing dat een lagere drempel voor ziekenhuiszorg juist extra druk op ziekenhuizen en zelfstandig behandelcentra kan veroorzaken?

Kan de regering toezeggen dat na invoering wordt gemonitord wat de tranchering doet met zorggebruik, wachttijden, betalingsproblemen, zorgmijding, verwijzingen, klachten en uitvoeringskosten? Kan de regering de Kamer uiterlijk één jaar na invoering een eerste evaluatie sturen, met bijzondere aandacht voor ouderen, chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en verzekerden met een vrijwillig eigen risico?

Kan de regering daarbij toezeggen dat in de monitoring ook wordt gekeken naar het aandeel verzekerden dat zorg mijdt of verwacht te mijden vanwege het eigen risico, uitgesplitst naar ervaren gezondheid, inkomen en financiële situatie?

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat de tranchering gaat gelden voor dbc's en ozp's. Deze leden vragen de regering om nader toe te lichten, zo mogelijk aan de hand van voorbeelden, hoe dit in zijn werk gaat. In het bijzonder vragen deze leden aan de regering daarbij in te gaan op de vraag of in die gevallen dat een patiënt na een vastgestelde zorgvraag en bijhorende dbc een wijziging van dbc heeft omdat de initiële zorgvraag niet de juiste was, of er nadere complicaties zijn gevonden waardoor de dbc moet wijzigen, dit ook zal leiden tot een nieuwe tranche of dat dit binnen de oorspronkelijke tranchering valt.

De leden van de CDA-fractie lezen dat de regering ten behoeve van de begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid van de reikwijdte van de tranchering-maatregel ervoor kiest rekening te houden met welke zorg verzekerden in het dagelijks spraakgebruik als medisch-specialistische zorg beschouwen. Hierbij geeft de regering aan dat wat als medisch-specialistische zorg wordt ervaren onder de tranchering van het eigen risico valt. Hoewel het volgens deze leden positief is om aan te sluiten bij de belevingswereld van verzekerden moet er volgens deze leden ook geconstateerd worden dat wat door verzekerden als medisch-specialistische zorg ervaren wordt ook een hoge mate van subjectiviteit kan bevatten. Deze leden vragen de regering daarom toe te lichten hoe zij weegt en vervolgens concludeert wat door verzekerden als medisch-specialistische zorg wordt ervaren.

De leden van de CDA-fractie lezen dat voor de indexering van het maximumbedrag per prestatie uit wordt gegaan van een verhouding tussen het bedrag aan verplicht eigen risico en het ongegronde maximumbedrag van 33 procent. Deze leden vragen de regering toe te lichten hoe zij tot deze verhouding van 33 procent is gekomen.

De leden van de CDA-fractie lezen dat zorgverzekeraars zich zorgen maken over het feit dat de tranchering van het eigen risico de drempel naar ziekenhuiszorg te laag maakt en dat kan leiden tot omgekeerde substitutie, namelijk: dat mensen vaker zullen kiezen voor duurdere ziekenhuiszorg in plaats van behandeling door de huisarts. Deze leden vragen de regering hierop te reflecteren en aan te geven hoe zij zo mogelijk dit effect met concrete maatregelen wil beperken.

De leden van de **JA21-fractie** hebben stevige vragen over de uitlegbaarheid, uitvoerbaarheid en doelmatigheid van het ontwerpbesluit houdende tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg. Deze leden begrijpen de gedachte dat mensen bij medisch-specialistische zorg niet in één keer het volledige eigen risico kwijt moeten zijn. Tegelijkertijd constateren zij dat de gekozen uitwerking via behandelprestaties, dbc's en overige zorgproducten (ozp's) voor verzekerden moeilijk te begrijpen kan zijn.

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering het risico beoordeelt dat tranchering leidt tot verminderd begrip en vertrouwen bij verzekerden, omdat de berekening plaatsvindt op basis van dbc's en ozp's die niet altijd aansluiten bij de beleving van de patiënt van "één behandeling". Acht de regering het wenselijk dat patiënten inzicht moeten krijgen in de dbc-systematiek om hun eigen risico te kunnen begrijpen?

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering inzicht kan geven in hoe vaak een behandeling in de medisch-specialistische zorg bestaat uit meerdere dbc's of ozp's. Hoe groot acht de regering de kans dat verzekerden ondanks de tranchering alsnog in korte tijd het volledige eigen risico betalen doordat voor één ziekenhuisbezoek of één zorgtraject meerdere prestaties worden gedeclareerd?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe verzekerden eenvoudig en begrijpelijk kunnen worden geïnformeerd over verschillen tussen medisch-specialistische zorg, farmacie en geestelijke gezondheidszorg (ggz) in de toepassing van het eigen risico. Hoe wordt uitgelegd dat voor sommige zorgvormen geen tranche geldt, terwijl voor medisch-specialistische zorg per behandelprestatie een maximum van €150 geldt?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe wordt uitgelegd dat binnen één ziekenhuisbezoek of één zorgtraject meerdere keren €150 eigen risico in rekening kan worden gebracht. Kan de regering voorbeelden geven van situaties waarin één patiënt door meerdere specialismen wordt behandeld, bijvoorbeeld bij opname, intensive care of een vervolgtraject, en hoe de tranchering dan uitwerkt? De leden van de JA21-fractie vragen hoe de tranchering samenloopt met het vrijwillig eigen risico. Deelt de regering de zorg dat verzekerden geconfronteerd kunnen worden met meerdere, versnipperde eigen-risicobedragen, waarbij verplicht en vrijwillig eigen risico door elkaar lopen? Hoe wordt voorkomen dat zorgverzekeraars hier verschillend mee omgaan en verzekerden daardoor ongelijk worden behandeld?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe wordt gewaarborgd dat er één uniforme landelijke interpretatie komt van wat als medisch-specialistische prestatie geldt en wanneer een tranche wordt toegepast. Wie stelt dit kader vast, wanneer is het gereed en hoe worden geschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over de afbakening beslecht?

De leden van de JA21-fractie vragen welke systeemaanpassingen nodig zijn bij zorgverzekeraars, zorgaanbieders en softwareleveranciers om de tranchering mogelijk te maken. Kan de regering per ketenpartij aangeven wat de geschatte doorlooptijd, kosten en belangrijkste uitvoeringsrisico's zijn? De leden van de JA21-fractie vragen welke inschatting de regering maakt van het aantal extra vragen, bezwaren en klachten dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders zullen ontvangen als gevolg van de tranchering. Kan de regering deze inschatting onderbouwen en aangeven of deze is getoetst bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders?

De leden van de JA21-fractie vragen op welke recente en empirisch onderbouwde studies de regering de verwachting baseert dat tranchering geen ongewenste toename van niet medisch noodzakelijk gebruik van medisch-specialistische zorg veroorzaakt. Hoe beoordeelt de regering het risico dat een lagere drempel tot medisch-specialistische zorg leidt tot extra druk op huisartsen, doordat patiënten sneller om een verwijzing vragen?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering het risico beoordeelt dat tranchering leidt tot omgekeerde substitutie, waarbij zorggebruik verschuift van eerstelijnszorg naar duurdere medisch-specialistische zorg. Is dit risico betrokken bij de raming dat de tranchering per saldo juist een besparing oplevert?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering voorkomt dat nieuwe of bestaande aanbieders van medisch-specialistische zorg de lagere financiële drempel gebruiken om zorgvraag aan te wakkeren. Welke rol ziet de regering hierbij voor zorgverzekeraars in contractering en controle op passende zorg?

De leden van de JA21-fractie vragen hoe de regering de maatschappelijke baten van tranchering concreet onderbouwt. Is de regering het ermee eens dat een maatregel die moeilijk uitlegbaar is voor patiënten, aanzienlijke uitvoeringslasten en kosten met zich meebrengt en mogelijk onbedoelde gedragseffecten heeft, alleen verantwoord is als de maatschappelijke baten aantoonbaar en substantieel zijn? Kan de regering deze baten kwantificeren?

De leden van de JA21-fractie vragen welke alternatieven zijn overwogen om de ervaren financiële drempel voor medisch-specialistische zorg te verlagen zonder het eigen risico verder te fragmenteren. Waarom is tranchering per dbc of ozp verkozen boven alternatieven die beter aansluiten bij de beleving van de patiënt, zoals een maximum per zorggebeurtenis, per zorgvraag of per kalenderperiode?

De leden van de JA21-fractie vragen of de regering bereid is het ontwerpbesluit pas vast te stellen nadat de Kamer beschikt over de uitkomsten van de doenvermogenstoets, een geactualiseerde regeldrukberekening, een uitgewerkt communicatieplan en een nadere onderbouwing van de gedragseffecten. Zo nee, waarom acht de regering vaststelling verantwoord zonder deze stukken?

De leden van de **BBB-fractie** begrijpen de gedachte achter het beperken van hoge rekeningen ineens, maar hebben grote twijfels of de voorgestelde tranchering dit probleem in de praktijk daadwerkelijk oplost. Kan de regering bevestigen dat verzekerden alsnog in korte tijd met hoge bedragen geconfronteerd kunnen worden wanneer zij gelijktijdig bij meerdere specialismen onder behandeling zijn?

Klopt het dat meerdere dbc's of zorgproducten ertoe kunnen leiden dat iemand alsnog in één periode meerdere keren €150 eigen risico verschuldigd is?

Kan de regering voorbeelden uitwerken van patiënten die:

- gelijktijdig bij meerdere specialismen lopen;
- te maken krijgen met een ziekenhuisopname plus vervolgbehandeling;
- zowel medisch-specialistische zorg als andere zorg uit het eigen risico ontvangen?

Kan de regering daarbij inzichtelijk maken hoeveel eigen risico deze patiënten in korte tijd kwijt kunnen zijn? De leden van de BBB-fractie vragen de regering tevens of hiermee niet het risico ontstaat dat mensen alsnog zorg mijden, omdat meerdere "kleinere" bedragen samen alsnog een forse financiële last vormen.

Kan de regering toelichten waarom gekozen is voor €150 per behandelprestatie en niet voor lagere bedragen?

De leden van de BBB-fractie vragen bovendien hoe begrijpelijk en uitlegbaar het systeem voor burgers nog is, zeker voor mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden of financiële problemen.

Kan de regering aangeven hoe wordt voorkomen dat mensen verrast worden door meerdere losse rekeningen uit verschillende behandeltrajecten?

Tot slot vragen de leden van de BBB-fractie of de regering erkent dat tranchering weliswaar de vorm van het eigen risico verandert, maar niet wegneemt dat mensen die veel zorg nodig hebben uiteindelijk nog steeds de hoogste directe zorgkosten dragen.

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat volgens de regering de tranchering het kostenbewustzijn bij verzekerden versterkt. Het komt immers nu voor dat een verzekerde al na één behandeling zijn volledige eigen risico moet betalen. Door de tranchering wordt de verzekerde langer gestimuleerd om na te denken of een nieuwe behandeling of vervolgbehandeling passend is. De leden van de SGP-fractie vragen of deze argumentatie is onderzocht en wetenschappelijk is onderbouwd. Passen mensen inderdaad hun gedrag hier inderdaad op aan? Is hier ervaring mee, bijvoorbeeld in andere landen?

De leden van de SGP-fractie vragen om een nadere toelichting waarom de regering kiest voor het bedrag van € 150 en niet een ander hoger of lager bedrag.

De leden van de SGP-fractie vragen om verduidelijking of het bedrag per tranche (nu €150) ook jaarlijks zal worden geïndexeerd. Zo ja, dan wijzen zij erop dat verzekerden jaarlijks moeten gaan wennen aan twee maximumbedragen, namelijk een maximumbedrag voor het vrijwillig eigen risico en het bedrag voor de tranches. Wat doet dit met de begrijpelijkheid van het eigen risico? De zorgverzekeraars wijzen erop dat het jaarlijks aanpassen van het eigen risico bij veel verzekerden leidt tot ongenoegen en verwarring. Welke maatregelen treft het regering om dit te voorkomen?

De leden van de **ChristenUnie-fractie** zien tranchering van het eigen risico als een verbetering. De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de regering of zij inzicht kan geven in hoe vaak een behandeling bij de medische specialistische zorg bestaat uit meerdere dbc's of ozp's. Hoe groot acht de regering de kans dat verzekerden straks alsnog in één keer het gehele eigen risico moet betalen door de tranchering te koppelen aan een dbc of ozp? Deze leden vragen de regering ook of zij nader kan toelichten op basis waarvan zij verwacht dat het effect van de tranchering sterker zal doorwerken in een lager beroep op de zorg dan in een afname van de opbrengsten uit het eigen risico.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van het ontwerpbesluit. Zij zien het voorstel niet als de oplossing voor ongewenste zorgmijding, hoewel het voor een deel van de mensen een kostenbesparing kan opleveren. Zij blijven daarom voorstander van volledige afschaffing van het eigen risico. Zij hebben daarom nog een aantal vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie benadrukken dat het opknippen van het eigen risico er enerzijds voor zou zorgen dat sommige mensen minder eigen risico hoeven te betalen, maar dat mensen anderzijds vaker worden gestimuleerd om zorg te mijden. De kans bestaat daardoor dat de hoeveelheid uitgesteld zorg zou stijgen. Hoe kijkt de regering naar dit risico?

De leden van de SP-fractie wijzen er daarnaast op dat het opknippen van het eigen risico voor een grote groep mensen geen oplossing is voor de problemen die zij ervaren door het eigen risico. Mensen met een chronische ziekte en/of beperking zullen naar verwachting vaak alsnog het volledige eigen

risico volmaken. Waarom kiest de regering daarom niet voor een verlaging of afschaffing, in plaats van deze maatregel?

De leden van de SP-fractie vragen of het klopt dat mensen die afhankelijk zijn van ggz niet in aanmerking komen voor deze maatregel. In de ggz wordt immers niet meer gewerkt met dbc's. Wat doet de regering om zorgmijding in de ggz te voorkomen?

De voorzitter van de vaste commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de vaste commissie,
Heller