Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2026–2027

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 1359

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 15 september 2026

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voorhang wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027 (Kamerstuk 29 689–1356)

De vragen en opmerkingen zijn op 7 september 2026 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 15 september 2026 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Mohandis

Adjunct-griffier van de commissie,
Heller

kst-29689-1359
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2026

Inhoudsopgave

I.	**Vragen en opmerkingen vanuit de fracties**	**2**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie	**2**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie	**2**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie	**3**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie	**3**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie	**4**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie	**4**
	Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie	**5**
II.	**Reactie van de Minister**	**5**

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de Voorhang wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026, 2027. Deze leden willen graag weten van de Minister op welke termijn de tranchering van het eigen risico kan worden doorgevoerd, welke processtappen daarin worden ondernomen, en hoever de Minister is gevorderd in het zetten van deze stappen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen in de conceptnota dat de wijzigingen waarvoor dit besluit een grondslag regelt, voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 al zijn toegepast door het Zorginstituut op basis van de concept-regelingen die gepubliceerd zijn in de Staatscourant in respectievelijk 2024 en 2025. Dit komt deze leden over als logisch, aangezien er een wettelijke grondslag nodig is om de risicoverevening uit te kunnen voeren. Deze leden is het echter niet volledig helder waarom onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering alsnog voor 2025, 2026 en 2027 nodig is. Kan de Minister aangeven waarom onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig is, terwijl de wijzigingen voor de jaren 2025 en 2026 al lijken te zijn doorgevoerd?
De leden van de VVD-fractie begrijpen de beslissing om de bandbreedte-regeling vanaf nu per ministeriële regeling vast te stellen. Dit biedt immers meer duidelijkheid aan de zorgverzekeraars, wat niet alleen hen, maar juist ook hun verzekerden ten goede komt.
De leden van de VVD-fractie begrijpen dat achter het risicoverenigings-model een complexe formule schuilgaat. Deze leden kunnen niet helemaal achterhalen welke kosten precies mee worden genomen in deze berekening. Kan de Minister aangeven welke kosten het Zorginstituut meeneemt in de clusters variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en vaste zorgkosten?
De leden van de VVD-fractie hebben hiernaast enkele vragen over het eigen risico. Deze leden zien dat de eigen bijdragen in Nederland voor zorggebruik behoren tot één van de laagste van Europa. Tegelijkertijd leidt jaarlijkse bevriezing van het eigen risico, onder meer door inflatie, effectief tot een verlaging van het eigen risico. Kan de Minister aangeven wat de huidige reële waarde is van het eigen risico ten opzichte van 2016 en hoeveel deze procentueel gedaald is?
De leden van de VVD-fractie zien dat de jaarlijkse bevriezing van het eigen risico geleid heeft tot lagere kosten voor de zorggebruiker, maar tot hogere kosten leidt voor het collectief. Kan de Minister aangeven hoeveel lager de nominale premie geweest was als het eigen risico sinds 2016

jaarlijks was geïndexeerd? Kan zij ook aangeven wat het zou betekenen voor de nominale premie van volgend jaar als het eigen risico opnieuw bevroren wordt?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben kennisgenomen van de voorhang wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027. Ze hebben nog enkele vragen en opmerkingen.
De leden van de PRO-fractie kijken goedkeurend tegen de aanpassingen van de risicoverevening aan. Tevens staat de PRO-fractie in algemene zin positief tegen het principe van de risicoverevening aan.
Wel leven er grote zorgen bij de leden van de PRO-fractie over de betaalbaarheid van het leven door de stapeling van zorgkosten. Hoe kijkt de Minister tegen deze zorgen aan? En wat betekent de verhoging van het eigen risico voor de risicoverevening?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie lezen in de berichtgeving over de uitgelekte Prinsjesdagstukken dat de eerder voorgenomen extra verhoging van het verplicht eigen risico met 60 euro in 2027 met een jaar zou worden uitgesteld. Kan de Minister bevestigen dat deze extra verhoging in 2027 niet doorgaat? Kan zij tevens bevestigen of deze verhoging daarmee uitsluitend wordt uitgesteld tot 2028 of dat het kabinet inmiddels bereid is hiervan definitief af te zien? Wanneer wordt de Kamer hierover formeel geïnformeerd en welke gevolgen heeft dit voor het nog aanhangige wetsvoorstel[1]?
Tegelijkertijd begrijpen de leden van de PVV-fractie dat de reguliere indexering van het verplicht eigen risico per 1 januari 2027 wel automatisch wordt hervat wanneer de huidige wettelijke bevriezing afloopt. Klopt het dat het eigen risico daardoor, ook zonder de extra verhoging van 60 euro, naar huidige inzichten stijgt van 385 euro naar ongeveer 395 euro? Wat is op dit moment de meest actuele raming van het bedrag na indexering?
De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat het verplicht eigen risico sinds 2016 op 385 euro staat. Voor 2026 is de bevriezing op 385 euro nog expliciet wettelijk verlengd. Waarom kiest de Minister er nu voor om deze jarenlange bevriezing los te laten? Wat is de boodschap van het kabinet aan de mensen die nu al zorg mijden vanwege de kosten?
Voor mensen die zorg nodig hebben maakt het immers niet uit welk etiket het kabinet op de verhoging plakt. Zij moeten gewoon meer betalen. Deze leden vinden het eigen risico geen prikkel, maar een boete omdat zij ziek zijn.
Kan de Minister aangeven wat de (wettelijke) procedure is voor indexatie?
De leden van de PVV-fractie vragen de Minister tevens inzichtelijk te maken hoeveel mensen door een indexering naar circa 395 euro meer gaan betalen. Hoeveel volwassen verzekerden maken naar verwachting in 2027 het volledige verplicht eigen risico vol? Kan dit opnieuw worden uitgesplitst naar leeftijd, inkomen, het ontvangen van zorgtoeslag, chronische aandoeningen, mensen met een beperking en verzekerden die hun eigen risico meerdere jaren achtereen volledig volmaken? Hoeveel extra betalen deze groepen gezamenlijk als gevolg van alleen de indexering?
Deze leden wijzen erop dat eerder onderzoek laat zien dat het eigen risico nu al een financiële drempel kan vormen voor noodzakelijke zorg. Is

[1] Kamerstuk 36 943

onderzocht wat een verhoging van 385 euro naar circa 395 euro betekent voor zorgmijding?

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de voorgenomen wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening voor 2025, 2026 en 2027. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.
De leden van de CDA-fractie lezen in de nota van toelichting dat de vereveningsbijdrage wordt gebruikt om verschillen tussen verzekeraars als gevolg van uiteenlopende risicoprofielen van hun verzekerdenportefeuilles te verminderen. Zij vragen de Minister of zij over cijfers beschikt dat de keuze om het verzekeringsrisico slechts te verminderen, in plaats van het risico per verzekerde gelijk te maken, ertoe leidt dat zorgverzekeraars risicoselectie toepassen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat hun verzekerdenportefeuille te veel chronisch zieken of verzekerden die gebruikmaken van ggz-zorg bevat.
De leden van de CDA-fractie vragen in aanvulling hierop of de Minister dit risico ziet in relatie tot het streven naar passende zorg. Het contracteren van de best passende zorg voor verzekerden met een hoog risico, bijvoorbeeld in de ggz, kan voor een verzekeraar immers leiden tot een verliesgevende instroom van deze verzekerden. Als de Minister dit risico onderkent, vragen deze leden welke maatregelen zij voor ogen heeft om de risicoverevening te verbeteren, zodat de negatieve prikkels voor zorgverzekeraars om passende zorg in te kopen worden weggenomen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voorhang van de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.
De leden van de SP-fractie hebben uit de media vernomen dat de extra verhoging van het eigen risico met 60 euro in 2027 mogelijk niet doorgaat. Hoewel zij het positief vinden dat deze asociale stijging van de boete op ziek zijn niet doorgaat in 2027 benadrukken zij wel dat het proces daaromheen onacceptabel chaotisch verloopt. Eerst kwamen de coalitiepartijen met het plan voor een megaverhoging van het eigen risico dat in geen enkel verkiezingsprogramma stond, toen werd de parlementaire behandeling daarvan naar het laatste moment vooruitgeschoven en nu wordt het plan toch vooruitgeschoven, wat via de media bekend wordt gemaakt. Hoe vindt de Minister zelf dat het gaat?
De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij beseft wat deze geplande verhogingen van het eigen risico voor mensen zouden betekenen. Heeft zij de gevolgen daarvan in kaart gebracht? Zo ja, is zij bereid deze resultaten met de Kamer te delen? Erkent de Minister dat het eigen risico als effect heeft dat mensen die zorg nodig hebben zorg mijden? Erkent zij dat het mijden van zorg, terwijl dat wel nodig is, niet alleen mogelijk menselijk leed maar ook hogere zorgkosten met zich mee kan brengen?
De leden van de SP-fractie benadrukken daarnaast dat de indexatie van het eigen risico wel door lijkt te gaan. Daarmee zou het eigen risico in 2027 alsnog voor het eerst in tien jaar verhoogd worden. Klopt het dat de Minister dit plan wel doorzet? Zo ja, waarom maakt zij deze keuze? Klopt het dat er bovendien geen enkele compensatie tegenover staat voor mensen die een chronische ziekte of een beperking hebben?
De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is om alsnog zo snel mogelijk met een wetsvoorstel te komen om het eigen risico voor 2027 te bevriezen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027 en onderliggende stukken met interesse gelezen en hebben daarover vooralsnog geen vragen of opmerkingen.

II. Reactie van de Minister

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de Voorhang wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026, 2027. Deze leden willen graag weten van de Minister op welke termijn de tranchering van het eigen risico kan worden doorgevoerd, welke processtappen daarin worden ondernomen, en hoever de Minister is gevorderd in het zetten van deze stappen.
Op 13 mei 2026 heeft het parlement het ontwerpbesluit tranchering eigen risico medisch-specialistische zorg (tranches van € 150) ontvangen. Op 19 juni 2026 heeft de Tweede Kamer de nota naar aanleiding van het verslag[2] ontvangen naar aanleiding van het wetsvoorstel verhoging eigen risico en het ontwerp besluit tranchering eigen risico medisch specialistische zorg.
Er wordt gestreefd naar inwerkingtreding van het ontwerpbesluit met ingang van 2028. Omdat de zorgverzekeraars ongeveer een jaar invoeringstermijn nodig hebben, betekent dit dat het besluit rond 1 januari 2027 in het Staatsblad dient te worden geplaatst. Het ontwerpbesluit zal daarom uiterlijk in oktober worden aangeboden aan de Raad van State.

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie lezen in de conceptnota dat de wijzigingen waarvoor dit besluit een grondslag regelt, voor de vereveningsjaren 2025 en 2026 al zijn toegepast door het Zorginstituut op basis van de conceptregelingen die gepubliceerd zijn in de Staatscourant in respectievelijk 2024 en 2025. Dit komt deze leden over als logisch, aangezien er een wettelijke grondslag nodig is om de risicoverevening uit te kunnen voeren. Deze leden is het echter niet volledig helder waarom onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering alsnog voor 2025, 2026 en 2027 nodig is. Kan de Minister aangeven waarom onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering nodig is, terwijl de wijzigingen voor de jaren 2025 en 2026 al lijken te zijn doorgevoerd?
In de conceptregelingen en bij de uitvoering door het Zorginstituut is geanticipeerd op de systematiek voor de risicoverevening in de betreffende vereveningsjaren. Deze systematiek bevat elementen die niet op het niveau van een ministeriële regeling kunnen worden geregeld. Voor deze elementen is aanpassing van het Besluit zorgverzekering noodzakelijk om de vereveningssystematiek juist en volledig in de regelgeving vast te leggen. Met onderhavige wijziging wordt dat geregeld.

De leden van de VVD-fractie begrijpen de beslissing om de bandbreedteregeling vanaf nu per ministeriële regeling vast te stellen. Dit biedt immers meer duidelijkheid aan de zorgverzekeraars, wat niet alleen hen, maar juist ook hun verzekerden ten goede komt. De leden van de VVD-fractie begrijpen dat achter het risicoverenigingsmodel een complexe formule schuilgaat. Deze leden kunnen niet helemaal achterhalen welke kosten precies mee worden genomen in deze berekening. Kan de Minister

[2] Kamerstukken II, 2026, nr. 36 943–6

aangeven welke kosten het Zorginstituut meeneemt in de clusters variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en vaste zorgkosten?
Bij de vaste zorgkosten gaat het om de kosten van dure intramurale geneesmiddelen (die via de zogenaamde sluis het pakket zijn ingestroomd), om kosten van impactvolle transformaties en vanaf 2027 ook doorbraakmiddelen. De variabele zorgkosten betreffen de overige somatische zorgkosten die een zorgverzekeraar heeft gemaakt. Onder het cluster kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg vallen de kosten van geestelijke gezondheidszorg van een zorgverzekeraar. Voor alle kosten geldt dat het alleen kosten onder de Zorgverzekeringswet betreft.
De leden van de VVD-fractie hebben hiernaast enkele vragen over het eigen risico. Deze leden zien dat de eigen bijdragen in Nederland voor zorggebruik behoren tot één van de laagste van Europa. Tegelijkertijd leidt jaarlijkse bevriezing van het eigen risico, onder meer door inflatie, effectief tot een verlaging van het eigen risico. Kan de Minister aangeven wat de huidige reële waarde is van het eigen risico ten opzichte van 2016 en hoeveel deze procentueel gedaald is?
De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 281 en is dus met 27% afgenomen. Daarmee is ook de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers en het remgeldeffect gedaald.
De leden van de VVD-fractie zien dat de jaarlijkse bevriezing van het eigen risico geleid heeft tot lagere kosten voor de zorggebruiker, maar tot hogere kosten leidt voor het collectief. Kan de Minister aangeven hoeveel lager de nominale premie geweest was als het eigen risico sinds 2016 jaarlijks was geïndexeerd? Kan zij ook aangeven wat het zou betekenen voor de nominale premie van volgend jaar als het eigen risico opnieuw bevroren wordt?
Als het verplicht eigen risico de afgelopen jaren doorlopend zou zijn geïndexeerd met de stijging van de zorguitgaven, dan zou het eigen risico in 2026 naar schatting € 535 bedragen en zouden zorgverzekeraars de nominale premie voor 2026 naar verwachting circa € 100 lager hebben kunnen vaststellen. Volgens de huidige raming wordt het verplicht eigen risico volgend jaar geïndexeerd met € 15 naar € 400. Als het verplicht eigen risico in 2027 wordt bevroren op € 385, stijgt de nominale premie naar verwachting met € 13 meer dan in het geval van indexatie van het eigen risico. Door bevriezing van het eigen risico komt het eigen risico structureel op een lager niveau uit. Hierdoor heeft het bevriezen van het eigen risico niet enkel een effect op de nominale premie van 2027 maar ook op de nominale premie voor latere jaren. Ter vergelijking: indien het verplicht eigen risico in 2027 met € 60 verhoogd zou worden, dan zou dit naar verwachting een neerwaarts effect hebben op de nominale premie van € 48.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PRO-fractie

De leden van de PRO-fractie hebben kennisgenomen van de voorhang wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027. Ze hebben nog enkele vragen en opmerkingen.
De leden van de PRO-fractie kijken goedkeurend tegen de aanpassingen van de risicoverevening aan. Tevens staat de PRO-fractie in algemene zin positief tegen het principe van de risicoverevening aan.
Wel leven er grote zorgen bij de leden van de PRO-fractie over de betaalbaarheid van het leven door de stapeling van zorgkosten. Hoe kijkt de Minister tegen deze zorgen aan? En wat betekent de verhoging van het eigen risico voor de risicoverevening?
Het kabinet heeft oog voor de stapeling van zorgkosten bij mensen. Op 15 september zijn de resultaten van de analyse naar aanleiding van de

motie Stoffer[3] met de Tweede Kamer gedeeld. In deze brief is aangegeven dat het kabinet de komende tijd graag verder in gesprek gaat om te komen tot een gedragen pakket met een meerderheid in beide Kamers. We spreken hiervoor uiteraard met de Kamer, en ook met maatschappelijke organisaties over de verdere uitwerking en vormgeving van het pakket aan maatregelen. Daarbij zal het kabinet ook de uitkomsten van deze analyses gebruiken. Het doel is tot een vormgeving van maatregelen te komen die draagbaar is voor mensen én recht doet aan de uitdagingen op het gebied van financiële en personele houdbaarheid.
Bij het schatten van de vereveningsmodellen voor 2027 wordt rekening gehouden met een verplicht eigen risico van € 400. Dit betreft in de eerste plaats de raming van de bedragen die verzekerden van zorgverzekeraars naar verwachting zelf betalen vanwege het verplicht eigen risico. Daarnaast worden het zogenaamde macroprestatiebedrag en de omvang van de voor de vereveningsbijdragen beschikbare middelen gebaseerd op de nieuwe hoogte van het eigen risico.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie lezen in de berichtgeving over de uitgelekte Prinsjesdagstukken dat de eerder voorgenomen extra verhoging van het verplicht eigen risico met 60 euro in 2027 met een jaar zou worden uitgesteld. Kan de Minister bevestigen dat deze extra verhoging in 2027 niet doorgaat? Kan zij tevens bevestigen of deze verhoging daarmee uitsluitend wordt uitgesteld tot 2028 of dat het kabinet inmiddels bereid is hiervan definitief af te zien? Wanneer wordt de Kamer hierover formeel geïnformeerd en welke gevolgen heeft dit voor het nog aanhangige wetsvoorstel[4]?
Het kabinet kan bevestigen dat de verhoging van het verplicht eigen risico met € 60 een jaar is uitgesteld. Het aanhangige wetsvoorstel «Wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen»[5] behoeft daarom een nota van wijziging.
Tegelijkertijd begrijpen de leden van de PVV-fractie dat de reguliere indexering van het verplicht eigen risico per 1 januari 2027 wel automatisch wordt hervat wanneer de huidige wettelijke bevriezing afloopt. Klopt het dat het eigen risico daardoor, ook zonder de extra verhoging van 60 euro, naar huidige inzichten stijgt van 385 euro naar ongeveer 395 euro? Wat is op dit moment de meest actuele raming van het bedrag na indexering?
In de Zorgverzekeringswet is geregeld dat het verplicht eigen risico met de stijging van de zorguitgaven wordt geïndexeerd. Voor 2027 bedraagt de indexatie van het verplicht eigen risico € 15 waarmee deze uitkomt op € 400.
De leden van de PVV-fractie wijzen erop dat het verplicht eigen risico sinds 2016 op 385 euro staat. Voor 2026 is de bevriezing op 385 euro nog expliciet wettelijk verlengd. Waarom kiest de Minister er nu voor om deze jarenlange bevriezing los te laten? Wat is de boodschap van het kabinet aan de mensen die nu al zorg mijden vanwege de kosten?
Het verplicht eigen risico draagt bij aan het houdbaar, maar ook solidair houden van de zorguitgaven. Solidariteit in het zorgstelsel betekent dat we zorg gezamenlijk financieren en dat vraagt ook een bijdrage van zorggebruikers. Het verplicht eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385. De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 281 en is dus met 27% afgenomen. Daarmee is ook de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers en het

[3] Kamerstukken II 2025/26, 36 848 nr. 79
[4] Kamerstuk 36 943
[5] Kamerstuk 36 943–2

remgeldeffect gedaald. Tegelijkertijd neemt de druk op zorg en de publieke uitgaven toe, en groeit het personeelstekort. Dat zien we ook terug in de zorgpremie die iedereen elke maand betaalt. Dit is niet houdbaar. Om die reden wil dit kabinet het verplicht eigen risico weer mee te laten bewegen met de inflatie en de zorgkostenontwikkeling. Als het verplicht eigen risico in 2027 wordt bevroren op € 385, stijgt de nominale premie naar verwachting met € 13 meer dan in het geval van indexatie van het eigen risico.

Het kabinet heeft aandacht voor eventuele negatieve effecten van eigen betalingen. Er zijn op dit moment verschillende manieren van gerichte financiële ondersteuning aan mensen die dit nodig hebben. Bijvoorbeeld landelijk via de zorgtoeslag of via de gemeentelijke regelingen. Dit voorkomt ongewenste zorgmijding – die relatief vaker voorkomt bij financieel kwetsbare mensen –. Het kabinet werkt samen met gemeenten eraan dat de verschillen tussen gemeenten op dit punt kleiner worden en dat de mensen die ondersteuning nodig hebben dit gemakkelijker kunnen krijgen.

Voor mensen die zorg nodig hebben maakt het immers niet uit welk etiket het kabinet op de verhoging plakt. Zij moeten gewoon meer betalen. Deze leden vinden het eigen risico geen prikkel, maar een boete omdat zij ziek zijn.
Kan de Minister aangeven wat de (wettelijke) procedure is voor indexatie?
De indexering van het verplicht eigen risico is geregeld in artikel 19 van de Zorgverzekeringswet. Het bedrag van het eigen risico is opgenomen in artikel 19, eerste lid. Artikel 19, tweede lid, bepaalt dat dit bedrag jaarlijks evenredig aan de geraamde stijging van de zorgkosten wordt geïndexeerd. Artikel 19, derde lid, van de Zvw bepaalt dat als het geïndexeerde bedrag € 5 of een veelvoud daarvan verschilt van het in artikel 19, eerste lid, genoemde bedrag van het eigen risico het bij ministeriële regeling wordt gewijzigd.
Voor 2018 tot en met 2026 heeft geen indexering plaatsvonden omdat in artikel 19, zevende lid, is opgenomen dat het tweede en derde lid van dat artikel voor die jaren buiten toepassing blijven. Dit betekent dat zonder wijziging van de Zvw op dit punt, het verplicht eigen risico automatisch weer wordt geïndexeerd.
De leden van de PVV-fractie vragen de Minister tevens inzichtelijk te maken hoeveel mensen door een indexering naar circa 395 euro meer gaan betalen. Hoeveel volwassen verzekerden maken naar verwachting in 2027 het volledige verplicht eigen risico vol? Kan dit opnieuw worden uitgesplitst naar leeftijd, inkomen, het ontvangen van zorgtoeslag, chronische aandoeningen, mensen met een beperking en verzekerden die hun eigen risico meerdere jaren achtereen volledig volmaken? Hoeveel extra betalen deze groepen gezamenlijk als gevolg van alleen de indexering?
Naar verwachting betalen 7,6 miljoen volwassenen in 2027 het volledige verplicht eigen risico. Zij gaan door de indexering € 15 meer betalen dan als het eigen risico ook in 2027 € 385 zou bedragen. Als gevolg van de indexering is de verwachting dat de opbrengst van het eigen risico met circa € 115 miljoen stijgt. Voor 2027 is het onderscheid naar verschillende persoonskenmerken niet beschikbaar, maar op basis van de monitor stapeling eigen bijdragen is dit onderscheid naar leeftijd en huishoudinkomen wel beschikbaar voor het jaar 2023, wat indicatief kan zijn voor 2027. Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in 2023 zorgtoeslag ontvingen en het verplicht eigen risico vol maakten. Op basis van CBS-microdata is gekeken hoeveel personen in meerdere opeenvolgende jaren het verplicht eigen risico vol maken. De resultaten staan in onderstaande tabel. Er is geen uitsplitsing naar mensen met een

chronische aandoening of beperking te maken, omdat er geen eenduidige definitie is van wie chronisch ziek is of een beperking heeft.

Persoonskenmerk	Aantal personen die het verplicht eigen risico volmaken[1]
Totaal	6.761.500
Tot AOW-leeftijd	4.300.400
AOW-leeftijd of ouder	2.461.100
Minder dan 20.000 euro	110.600
20.000 tot 30.000 euro	658.100
30.000 tot 40.000 euro	728.000
40.000 tot 50.000 euro	615.100
50.000 tot 75.000 euro	1.172.100
75.000 tot 100.000 euro	910.200
100.000 euro en meer	2.402.500
Ontvanger zorgtoeslag	2.987.900
3 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2019–2021)	4 miljoen
5 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2017–2021)	3 miljoen
7 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2015–2021)	2,5 miljoen
10 jaar op rij volledig verplicht eigen risico (2012–2021)	2 miljoen

[1] Door afronding of ontbrekende gegevens kan het totaal afwijken van de som van verschillende onderdelen.

Deze leden wijzen erop dat eerder onderzoek laat zien dat het eigen risico nu al een financiële drempel kan vormen voor noodzakelijke zorg. Is onderzocht wat een verhoging van 385 euro naar circa 395 euro betekent voor zorgmijding?
Het verplicht eigen risico heeft als doelen medefinanciering en kostenbewustzijn. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden bewuster af te wegen of zorg noodzakelijk en tijdig is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies. Onderzoek laat echter ook zien dat eigen bijdragen in de zorg ook kunnen leiden tot uitstel of afzien van meer medisch noodzakelijke zorg. Met name bij bepaalde kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie en hoge zorgkosten. Om die reden heeft dit kabinet extra oog voor deze groep. Welk effect de indexatie van het verplicht eigen risico per 2027 hierop heeft, is onbekend. Uit het Nivel-onderzoek uit 2015 bleek dat de stijging van het eigen risico in de jaren 2010–2013 niet gepaard is gegaan met een aantoonbare toename van ongewenste zorgmijding. Meer in het algemeen onderzoekt het Nivel jaarlijks zorgmijding om financiële redenen. Het kabinet volgt de ontwikkelingen nauwlettend. Het CPB doet momenteel onderzoek naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts. Het niet-opvolgen van een verwijzing kan wijzen op (een ongewenste vorm van) zorgmijding, maar de studie betreft geen directe analyse van de effecten van het eigen risico. Het doel is dat dit onderzoek nieuwe inzichten oplevert over de omvang en aard van niet-opgevolgde verwijzingen en over verschillen tussen opvolgers en niet-opvolgers, waarbij zowel gekeken wordt naar financiële als niet-financiële redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de brief van de Minister over de voorgenomen wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening voor 2025, 2026 en 2027. Deze leden hebben hierover nog enkele vragen.
De leden van de CDA-fractie lezen in de nota van toelichting dat de vereveningsbijdrage wordt gebruikt om verschillen tussen verzekeraars als gevolg van uiteenlopende risicoprofielen van hun verzekerdenportefeuilles te verminderen. Zij vragen de Minister of zij over cijfers beschikt

dat de keuze om het verzekeringsrisico slechts te verminderen, in plaats van het risico per verzekerde gelijk te maken, ertoe leidt dat zorgverzekeraars risicoselectie toepassen, bijvoorbeeld om te voorkomen dat hun verzekerdenportefeuille te veel chronisch zieken of verzekerden die gebruikmaken van ggz-zorg bevat.
De leden van de CDA-fractie vragen in aanvulling hierop of de Minister dit risico ziet in relatie tot het streven naar passende zorg. Het contracteren van de best passende zorg voor verzekerden met een hoog risico, bijvoorbeeld in de ggz, kan voor een verzekeraar immers leiden tot een verliesgevende instroom van deze verzekerden. Als de Minister dit risico onderkent, vragen deze leden welke maatregelen zij voor ogen heeft om de risicoverevening te verbeteren, zodat de negatieve prikkels voor zorgverzekeraars om passende zorg in te kopen worden weggenomen.
Met ingang van vereveningsjaar 2024 wordt voorwaardelijke regressie (constrained regression) toegepast in de risicoverevening[6]. Bij het bepalen van de normbedragen van het model voor de variabele zorgkosten is een voorwaarde toegevoegd. Hierdoor zijn de voorspelbare verliezen voor groepen chronisch zieken significant afgenomen. Chronisch zieken zijn op deze manier aantrekkelijker geworden om te verzekeren. Het kabinet heeft geen cijfers beschikbaar over de toepassing van risicoselectie door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben een acceptatieplicht en mogen verzekerden niet weigeren, noch mogen zorgverzekeraars voor een polis aan chronisch zieke verzekerden een andere premie vragen dan aan gezonde verzekerden.
Daar waar het ex-ante risicovereveningsmodel onvoldoende werkt, zijn verschillende ex-post maatregelen van kracht. Zo heeft bijvoorbeeld het model voor de ggz een hogekostencompensatie en een bandbreedteregeling. Daarnaast werkt het kabinet via een jaarlijkse onderzoekscyclus continu aan onderhoud en verdere verbetering van de risicoverevening om zo het gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te borgen en de prikkels tot risicoselectie te minimaliseren. Momenteel vindt er bijvoorbeeld een groot onderzoek naar het ggz-model plaats om het model te herzien op zorgprestatiemodel (ZPM)-data. Ook vindt onderzoek plaats naar een meer aandoeningsgerichte risicoverevening om de prikkels tot passende zorg verder te verbeteren.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van de brief over de voorhang van de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027. Zij hebben hierover nog enkele vragen en opmerkingen.
De leden van de SP-fractie hebben uit de media vernomen dat de extra verhoging van het eigen risico met 60 euro in 2027 mogelijk niet doorgaat. Hoewel zij het positief vinden dat deze asociale stijging van de boete op ziek zijn niet doorgaat in 2027 benadrukken zij wel dat het proces daaromheen onacceptabel chaotisch verloopt. Eerst kwamen de coalitiepartijen met het plan voor een megaverhoging van het eigen risico dat in geen enkel verkiezingsprogramma stond, toen werd de parlementaire behandeling daarvan naar het laatste moment vooruit geschoven en nu wordt het plan toch vooruit geschoven, wat via de media bekend wordt gemaakt. Hoe vindt de Minister zelf dat het gaat?
Het kabinet is gemotiveerd om de maatregelen te nemen om de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. In Nederland hebben we (ook internationaal gezien) een zeer solidair zorgstelsel: mensen die gezond zijn betalen mee aan de zorgkosten van mensen die ziek zijn. En mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen met een laag inkomen. Door het verplicht eigen risico worden niet alle kosten collectief gedragen.

[6] Kamerstukken II, 2022–23, 29 689, nr. 1204

Het eigen risico is hierbij een soort «ventiel» dat de druk op de solidariteit behapbaar houdt. Het verplicht eigen risico is al tien jaar € 385. De reële waarde van het verplicht eigen risico in 2026 ten opzichte van 2016 bedraagt € 281 en is dus met 27% afgenomen. Daarmee is ook de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers en het remgeldeffect gedaald. Tegelijkertijd neemt de druk op zorg en de publieke uitgaven toe, en groeit het personeelstekort. Dat zien we ook terug in de zorgpremie die we elke maand betalen. Dit is niet houdbaar. Om die reden heeft dit kabinet het plan om het verplicht eigen risico weer mee te laten bewegen met de inflatie en de zorgkostenontwikkeling en per 2028 te verhogen met € 60,–. Het kabinet gaat hier op een later moment graag over in gesprek met de Tweede Kamer.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij beseft wat deze geplande verhogingen van het eigen risico voor mensen zouden betekenen. Heeft zij de gevolgen daarvan in kaart gebracht? Zo ja, is zij bereid deze resultaten met de Kamer te delen? Erkent de Minister dat het eigen risico als effect heeft dat mensen die zorg nodig hebben zorg mijden? Erkent zij dat het mijden van zorg, terwijl dat wel nodig is, niet alleen mogelijk menselijk leed maar ook hogere zorgkosten met zich mee kan brengen?
Het verplicht eigen risico heeft als doelen medefinanciering en kostenbewustzijn. Kostenbewustzijn stimuleert verzekerden bewuster af te wegen of zorg noodzakelijk en tijdig is, wat leidt tot minder zorggebruik en lagere premies. Onderzoek laat echter ook zien dat eigen bijdragen in de zorg ook kunnen leiden tot uitstel of afzien van meer medisch noodzakelijke zorg. Met name bij bepaalde kwetsbare groepen, zoals mensen met een kwetsbare financiële situatie en hoge zorgkosten. Het is niet bekend tot hoeveel hogere zorgkosten dit op termijn leidt.
Om die reden heeft dit kabinet extra oog voor deze groep. Welk effect de indexatie van het verplicht eigen risico per 2027 hierop heeft, is onbekend. Uit het Nivel-onderzoek uit 2015 bleek dat de stijging van het eigen risico in de jaren 2010–2013 niet gepaard is gegaan met een aantoonbare toename van ongewenste zorgmijding. Meer in het algemeen onderzoekt het Nivel jaarlijks zorgmijding om financiële redenen. Het kabinet volgt de ontwikkelingen nauwlettend. Het CPB doet momenteel onderzoek naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts. Het niet-opvolgen van een verwijzing kan wijzen op (een ongewenste vorm van) zorgmijding, maar de studie betreft geen directe analyse van de effecten van het eigen risico. Het doel is dat dit onderzoek nieuwe inzichten oplevert over de omvang en aard van niet-opgevolgde verwijzingen en over verschillen tussen opvolgers en niet-opvolgers, waarbij zowel gekeken wordt naar financiële als niet-financiële redenen van het niet opvolgen. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen meer inzicht geven in zorgmijding.
De leden van de SP-fractie benadrukken daarnaast dat de indexatie van het eigen risico wel door lijkt te gaan. Daarmee zou het eigen risico in 2027 alsnog voor het eerst in tien jaar verhoogd worden. Klopt het dat de Minister dit plan wel doorzet? Zo ja, waarom maakt zij deze keuze? Klopt het dat er bovendien geen enkele compensatie tegenover staat voor mensen die een chronische ziekte of een beperking hebben?
De leden van de SP-fractie vragen of de Minister bereid is om alsnog zo snel mogelijk met een wetsvoorstel te komen om het eigen risico voor 2027 te bevriezen.
Hoewel het uitgangspunt van het verplicht eigen risico is dat het meestijgt met de zorgkosten, is deze indexering van 2018 tot en met 2026 afgewend door politieke besluiten om de hoogte van het verplicht eigen risico te bevriezen. De reële waarde van het eigen risico is daardoor met 27% verminderd. Als het verplicht eigen risico de afgelopen jaren doorlopend zou zijn geïndexeerd met de stijging van de zorguitgaven, dan zou het eigen risico in 2026 naar schatting € 535 bedragen en zouden zorgverze-

keraars de nominale premie voor 2026 naar verwachting circa € 100 lager hebben kunnen vaststellen. De stijgende zorgpremie zet de hoge solidariteit die ons zorgstelsel kent, onder druk. Het is daarom van belang dat het eigen risico weer meebeweegt met de inflatie en zorgkostenontwikkeling. Dit kabinet komt daarom niet met een wetsvoorstel om het verplicht eigen risico wederom te bevriezen.
Het kabinet begrijpt dat dit voor mensen die ziek zijn ook zorgen met zich mee kan brengen over kosten. Het is belangrijk dat mensen die de zorg het hardste nodig hebben, hier wel gebruik van kunnen en blijven maken. Voor hen is er zorgtoeslag en zijn er gemeentelijke regelingen. Het kabinet werkt samen met gemeenten eraan dat de verschillen tussen gemeenten op dit punt kleiner worden en dat de mensen die ondersteuning nodig hebben dit gemakkelijker kunnen krijgen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de BBB-fractie

De leden van de BBB-fractie hebben de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de risicoverevening 2025, 2026 en 2027 en onderliggende stukken met interesse gelezen en hebben daarover vooralsnog geen vragen of opmerkingen.