

Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Eerste Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20017  
2500 EA DEN HAAG

**Bezoekadres**

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
www.rijksoverheid.nl

**Kenmerk**

4382071-1098237-WJZ

**Bijlage(n)**

4

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

Datum 13 mei 2026  
Betreft Aanbieding ontwerpbesluit, houdende Tranchering eigen  
risico medisch-specialistische zorg (tranches van € 150)

Geachte voorzitter,

Hierbij biedt het kabinet u aan het ontwerpbesluit, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico. Voor de inhoud van het ontwerpbesluit verwijs ik u naar de ontwerpnota van toelichting.

De voorlegging geschiedt ter uitvoering van de voorhangprocedure die is opgenomen in artikel 124 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en biedt de Kamer de mogelijkheid zich uit te spreken over het ontwerpbesluit voordat het aan de Afdeling advisering van de Raad van State zal worden voorgelegd en vervolgens zal worden vastgesteld.

Op grond van de aangehaalde bepaling geschiedt de voordracht aan de Koning ter verkrijging van het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State over het ontwerpbesluit niet eerder dan vier weken nadat het ontwerpbesluit aan beide Kamers der Staten-Generaal is overgelegd.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel waarin wordt voorgesteld om het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen, wordt verwezen naar de tranchering die met voorliggend ontwerpbesluit wordt geregeld. Om die reden is ervoor gekozen voorliggend ontwerpbesluit voor te hangen rond het moment waarop dat wetsvoorstel bij de Tweede Kamer is ingediend.

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.

Een gelijklopende brief wordt gezonden aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

**Kenmerk**  
4382071-1098237-WJZ

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Sophie Hermans

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Mevrouw drs. S.Th.M. Hermans  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Onze referentie**

MvH/RvZ/JT/ATR4443/2026-U051

**Uw referentie**

**Datum**

8 april 2026

**Onderwerp**

Verhoging en tranchering eigen risico

Geachte mevrouw Hermans,

Op 1 april 2026 is de *wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen* en de *wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico* aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd.

Het college onderkent het belang van een toekomstbestendige zorg. Dit advies vormt geen oordeel over de wenselijkheid van het nemen van de beschreven maatregelen, maar over de kwaliteit van de onderbouwing van deze maatregelen. Daarnaast constateert het college dat de toelichtingen er ten onrechte vanuit gaan dat de onderhavige voorstellen alleen een wijziging van een aantal parameters betreffen ten opzichte van de voorstellen die vorig jaar voorlagen met betrekking tot de verlaging en tranchering van het eigen risico. Het doel van de onderhavige voorstellen is immers wezenlijk anders, waardoor ook de gevolgen voor de regeldruk anders kunnen worden gewaardeerd.

**Context**

De Zorgverzekeringswet kent sinds 2008 een verplicht eigen risico. Een verzekerde betaalt in 2026 de eerste € 385,- aan zorgkosten zelf. Dat geldt voor de in nadere regelgeving benoemde kosten. Zorgkosten boven € 385,- worden vergoed door de zorgverzekeraar. Het bedrag van € 385,- is sinds 2016 gelijk gebleven. Het verplicht eigen risico heeft verschillende doelen:

- Medefinanciering: zorggebruikers betalen zelf een deel van de door hen gemaakte zorgkosten, waardoor de premies voor alle verzekerden lager kunnen blijven.

**Contact:**

Postbus 16228  
2500 BE DEN HAAG

Bezoekadres: Rijnstraat 50  
2515 XP DEN HAAG

info@atr-regeldruk.nl  
www.adviescollegeregeldruk.nl

Tel: 070-310 86 66

- Kostenbewustzijn en zogenaamd remgeldeffect: verzekerden worden zich bewuster van de kosten voor zorg. Verzekerden worden namelijk gestimuleerd na te denken of het gebruik van een behandeling noodzakelijk is en of de behandeling op dat moment moet plaatsvinden.
- Draagvlak voor solidariteit: het eigen risico vraagt wat extra aan de mensen die daadwerkelijk gebruik maken van de zorg. Dit draagt bij aan het behoud van het draagvlak voor de hoge mate van risico- en inkomenssolidariteit.

Met de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico betaalt een verzekerde vaak al het gehele verplicht eigen risico bij de eerste keer in elke nieuw zorgjaar dat hij medisch-specialistische zorg gebruikt. Dit heeft de volgende nadelen:

- Het vooruitzicht van een rekening van € 385,- kunnen mensen als een hoge drempel ervaren en kan ertoe leiden dat zij afzien van (noodzakelijke) zorg.
- Als mensen al na het eerste consult bij een medisch specialist direct het gehele verplicht eigen risico kwijt zijn, zullen ze de rest van het jaar geen financiële prikkel meer ervaren om bewust bezig te zijn met hun zorggebruik. Het remgeldeffect valt dan dus al na één behandeling (en mogelijk al vroeg in het jaar) weg.

Het eigen risico is onderdeel van een uitermate complex geheel van wetten en regels waarin de financiering van het zorgstelsel is vastgelegd. Het Nederlandse zorgstelsel kent naast het verplicht eigen risico bijvoorbeeld ook een vrijwillig eigen risico, de eigen bijdrage voor geneesmiddelen en hulpmiddelen, de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage, zorgtoeslag en andere centrale en ook decentrale inkomensondersteunende regelingen.

#### Inhoud wetsvoorstel en ontwerpbesluit

Het wetsvoorstel heeft tot doel het kostenbewustzijn (remgeldeffect) te vergroten en het eigen risico weer mee te laten bewegen met de ontwikkeling van de zorguitgaven en daarmee het zorggebruik en de zorguitgaven af te remmen. Hiertoe wordt het eigen risico per 2027 weer geïndexeerd en (vervolgens) in 2027 verhoogt met € 60,-. In 2027 komt het eigen risico daarmee uit op ongeveer € 455,-.

De tranchering moet per 2028 in werking treden. De tranchering beoogt de genoemde twee nadelen van de huidige vormgeving van het eigen risico per 2028 zo veel als mogelijk weg te nemen. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen van maximaal € 470,-<sup>1</sup> naar maximaal € 150,- per zorgvraag, wordt de financiële drempel voor een behandeling verlaagd. Tegelijkertijd verlengt de maatregel het effect van het eigen risico op het kostenbewustzijn, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt volgemaakt. Het moet burgers stimuleren na een eerste onderzoek of behandeling langer na te denken of een beoogde behandeling (op het gegeven moment) passend en nodig is.

#### Toetsingskader

ATR beoordeelt de regeldrukgevolgen aan de hand van het volgende toetsingskader:

1. Nuloptie (nut en noodzaak): is er een taak voor de overheid en is wetgeving het meest aangewezen instrument?

---

<sup>1</sup> Het verwachte geïndexeerde eigen risico in 2028.

2. Zijn er minder belastende alternatieven mogelijk?
3. Is gekozen voor een uitvoeringswijze die werkbaar is voor de doelgroepen die de wetgeving moeten naleven?
4. Zijn de gevolgen voor de regeldruk volledig en juist in beeld gebracht?

### 1. *Nut en noodzaak*

Het maatschappelijke probleem dat (mede) met de voorstellen zou moeten worden opgelost is duidelijk. De toelichting bij het wetsvoorstel onderbouwt in kwalitatieve en kwantitatieve zin voldoende dat de houdbaarheid en toegankelijkheid van zorg onder druk staat. De zorguitgaven stijgen en tegelijkertijd is er groot personeelstekort. De toelichting beschrijft dat het uitgangspunt van het eigen risico is dat het meestijgt met de zorgkosten. Dit is echter sinds 2018 niet gebeurd, waardoor het eigen risico sinds 2016 € 385,- bedraagt.<sup>2</sup> Hierdoor zijn volgens de toelichting de relatieve medefinanciering aan de zorg door zorggebruikers en het reële remgeldeffect structureel afgenomen. (De huidige vormgeving van) het eigen risico heeft daarnaast de twee eerdergenoemde nadelen. Het werpt een financiële drempel op die tot ongewenste zorgmijding kan leiden en het remgeldeffect valt vaak al na één behandeling weg. In de toelichting is beschreven dat zorgmijding om financiële redenen steeds minder voorkomt. Waar dit in 2016 nog ongeveer 16% was, was dit in 2025 nog maar 6%. In hoeverre het eigen risico leidt tot ongewenste dan wel gewenste zorgmijding is niet duidelijk. Uit onderzoek zou alleen blijken dat zorgmijding een gevolg is van het eigen risico. Het college constateert dat de voorgestelde maatregelen goed teruggrijpen op de problematiek, maar dat het aspect van ongewenste zorgmijding een kwetsbaar punt blijft. Zeker gelet op de doelstelling van de voorstellen om (zorggebruik en daarmee) zorguitgaven af te remmen en het in het coalitieakkoord genoemde bredere doel om in te zetten op een toekomstbestendig zorgstelsel. Het college merkt op dat ongewenste zorgmijding nu, kan leiden tot hogere zorguitgaven later. De toelichting erkent dit ook, maar beschrijft dat weinig bekend is over de balans tussen gewenste en ongewenste zorgmijding. De toelichting koppelt hier geen gevolg aan en wekt daarbij de indruk dit als voldongen feit aan te nemen. Het college acht van belang inzicht te bieden in hoe ongewenste zorgmijding zo veel mogelijk in beeld wordt gebracht gelet op de onzekerheid in welke mate ongewenste zorgmijding zal optreden, het risico op daarmee gepaard gaande hogere zorguitgaven in de toekomst en de mogelijkheid op tijdige bijsturing.<sup>3</sup>

#### **1.1 Het college adviseert in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht.**

### 2. *Minder belastende alternatieven*

In de toelichtingen zijn een aantal mogelijk minder belastende alternatieven beschreven waarvoor niet is gekozen. Zo is in de toelichting bij het wetsvoorstel beschreven dat is overwogen om een gerichtere inzet van het eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten in te voeren. Dit blijkt in de praktijk echter niet uitvoerbaar omdat geen eenduidige definitie van deze

---

<sup>2</sup> In 2017 was de ontwikkeling van de zorguitgaven zodanig, dat er geen indexatie hoefde plaats te vinden.

<sup>3</sup> Zie ook de toezeggingen die de minister van VWS heeft gedaan tijdens het debat over de begroting voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 5 maart 2026, zoals dat bij de uitwerking van de voorstellen "we het vraagstuk van zorgmijding en het effect op zorgmijding heel goed in de gaten houden".

groepen te geven zou zijn. Ook zou een inkomensafhankelijk eigen risico zijn overwogen. De toelichting beschrijft dat hiervoor niet is gekozen omdat deze variant grote risico's en lasten kent door de complexiteit en de toename van uitvoeringskosten. Er is daarom gekozen voor een generieke maatregel waarbij kwetsbare groepen gerichte financiële ondersteuning wordt geboden. Bij het ontwerpbesluit is toegelicht dat alternatieven voor de tranchering zijn overwogen die begrijpelijker zijn voor burgers, zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of zorgvraag. Deze alternatieven blijken in de praktijk echter complexer te zijn en ingrijpende wijzigingen in de uitvoering te vragen. Er is daarom voor gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek. Daarnaast benadrukt de toelichting bij het ontwerpbesluit dat bewust is gekozen voor een tranchering van het eigen risico voor medisch specialistische hulp en niet voor alle zorg onder de Zorgverzekeringswet. De toelichting stelt daarbij dat een tranchering van het eigen risico voor alle vormen van zorg ook niet per se begrijpelijker zou zijn, gelet op de verschillen per zorgsector in bekostigingssystematiek en prestaties. Het college acht deze beschreven alternatieven voldoende onderbouwd. Gelet op de politieke en maatschappelijke gevoeligheid van het thema eigen risico, geeft het college in overweging een volledig beeld te geven van de mogelijk minder belastende alternatieven die zijn onderzocht en inzicht te geven op grond van welke inhoudelijke overwegingen niet voor die alternatieven is gekozen.

### 3. Werkbaarheid

Volgens de toelichtingen kennen de verhoging en de tranchering van het eigen risico een onderlinge afhankelijkheid. Beide zijn nodig om de zorguitgaven te doen dalen en de zorg tegelijkertijd toegankelijk te houden. Het college merkt op dat de voorstellen daarbij leunen op de aannamen dat burgers in staat zijn te doorgronden hoe het nieuwe systeem werkt en welke situatie voor hen geldt en (vervolgens) rationele, kostenbewuste keuzes kunnen maken in hun zorggebruik. De combinatie van een verhoogd eigen risico en een tranchering, maakt het systeem aanzienlijk ingewikkelder ten opzichte van de huidige systematiek (die al complex is). Hierdoor bestaat het risico dat de veronderstelde (gewenste) gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd. Als burgers de tranchering niet goed begrijpen, bestaat de kans dat de beoogde verlenging van het remgeldeffect niet zal plaatsvinden óf dat mensen vaker ongewenst zorg zullen mijden. Dit geldt temeer nu de verhoging van het eigen risico een jaar eerder ingaat dan de tranchering, waardoor de financiële drempel tot zorg in dat eerste jaar aanzienlijk wordt verhoogd. Het college acht een voldoende begrip van de veranderende situatie en nieuwe systematiek een noodzakelijke randvoorwaarde om de geformuleerde beleidsdoelen te verwezenlijken. In de toelichting bij het ontwerpbesluit is hierover opgenomen dat er een gerichte informatievoorziening zal zijn om burgers bekend te maken met de tranchering. Deze informatievoorziening wordt in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders opgezet. Daarbij worden volgens de toelichting verschillende doelgroepen betrokken ter bevordering van de begrijpelijkheid. In de toelichting bij de verhoging van het eigen risico is alleen in het algemeen opgenomen dat een gerichte informatievoorziening zal plaatsvinden. Het college adviseert in de toelichtingen inzichtelijk te maken of de maatregelen werkbaar (doenlijk) zijn voor alle doelgroepen, bijvoorbeeld met behulp van een doenvermogenstoets.<sup>4</sup> De resultaten van die toets vormen vervolgens ook een goede basis voor de gerichte informatievoorziening van beide voorstellen. Het belang van een doenvermogenstoets geldt in het onderhavige geval in het bijzonder omdat voor de voorstellen (door politieke spoed) geen internetconsultatie is opengesteld.

---

<sup>4</sup> Een soortgelijk adviespunt is ook opgenomen bij het eerdere ATR-advies over de verlaging en tranchering van het eigen risico. Zie [Verlaging eigen risico zorg onvoldoende onderbouwd | Adviescollege toetsing regeldruk](#).

### **3.1 Het college adviseert in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogenstoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn en om opgedane inzichten te gebruiken voor de gerichte informatievoorziening.**

Het risico dat de veronderstelde (gewenste) gedragseffecten uitblijven of anders uitpakken dan beoogd, gelden in bijzonder voor financieel kwetsbare burgers en chronisch zieken en gehandicapten die het eigen risico niet als prikkel ervaren maar als een obstakel dat hen van noodzakelijke zorg afhoudt. De toelichting erkent dit in algemene zin ook en beschrijft dat de (gewenste) werking van het eigen risico *"staat of valt bij goed flankerend beleid"*<sup>5</sup>. De toelichting benoemt daartoe de bestaande gerichte compensatie via de zorgtoeslag, gemeentelijke regelingen en de mogelijkheid tot gespreide betaling. Daarnaast is in het coalitieakkoord afgesproken (niet specifiek in relatie tot het eigen risico) te *"willen werken aan een betere en gelijkgerichtere inzet van gemeentelijke regelingen"*<sup>6</sup>. Ook is het kabinet volgens de toelichting voornemens te spreken met cliënten en het zorg- en welzijnsveld over de verschillende maatregelen uit het coalitieakkoord, bij wie de maatregelen cumuleren, wat het effect is op het besteedbaar inkomen en hoe gerichte financiële ondersteuning kan worden geboden. Het college acht deze coalitieplannen positief voor de werkbaarheid, maar constateert dat de beschreven voornemens tegelijkertijd nog weinig concreet zijn. Onduidelijk is bijvoorbeeld wanneer deze analyse gaat plaatsvinden, of de gerichte financiële ondersteuning gelijktijdig met de inwerkingtreding van de verhoging van het eigen risico plaats kan vinden, hoe ervoor wordt gezorgd dat deze doelgroepen weten dat ze aanspraak kunnen maken op deze ondersteuning en deze ondersteuning ook begrijpen als een tegemoetkoming in de zorgkosten. Dit is van belang omdat de toelichting benadrukt dat het juist voor o.a. financieel kwetsbare burgers essentieel is dat de drempel per behandeling beheersbaar blijft (en de tranchering pas een jaar later in werking treedt).

### **3.2 Het college adviseert in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de voornemens van het kabinet (met name ten aanzien van de stapeling van maatregelen voor kwetsbare groepen) te concretiseren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze kwetsbare groepen (al in 2027) te realiseren.**

In de toelichtingen is de werkbaarheid voor bedrijven voldoende beschreven. De systematiek van het verplicht eigen risico wordt met de verhoging niet gewijzigd. De tranchering in het ontwerpbesluit vergt van zorgverzekeraars dat zij hun ICT-systemen, administratie en informatievoorziening aanpassen. Verder zal vooral voorafgaande aan de inwerkingtreding van de tranchering en in het eerste jaar rekening moeten worden gehouden met meer vragen van burgers. Zorgaanbieders zullen vooral in het eerste jaar rekening moeten houden met meer vragen van burgers. Aannemelijk is dat zij hiertoe voldoende in staat zijn. De werkbaarheid voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders geeft daarom geen aanleiding tot opmerkingen.

---

<sup>5</sup> Memorie van Toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel (MvT), p.7.

<sup>6</sup> MvT, p. 9.

#### 4. Gevolgen regeldruk

De toelichting op het wetsvoorstel beschrijft voldoende dat geen sprake is van structurele regeldrukgevolgen voor burgers. De systematiek van het eigen risico wijzigt niet en van burgers worden geen (aanvullende) handelingen verwacht. De eenmalige kennismemingskosten zijn geraamd op € 8,2 miljoen. De toelichting beschrijft dat burgers moeten kennismemen van de verhoging en voor hun eigen situatie in kaart moeten brengen wat de verhoging en daarmee samenhangende effecten met betrekking tot de nominale premie en zorgtoeslag betekent. Deze kosten van € 8,2 miljoen komen het college laag voor gelet op het feit dat in de toelichting is uitgegaan van 14,8 miljoen burgers.<sup>7</sup> Daarnaast is aannemelijk dat burgers meer tijd nodig hebben om de voorgestelde verhoging te begrijpen na het voornemen van het vorige kabinet om het eigen risico te verlagen. De kosten zijn echter niet onderbouwd en daarmee dus ook niet goed te beoordelen. Dit heeft dus aanvulling.

##### **4.1 Het college adviseert in de toelichting bij het wetsvoorstel de eenmalige kennismemingskosten voor burgers nader te onderbouwen en volledig in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek.**

De toelichting bij het wetsvoorstel vermeldt dat er slechts zeer beperkte gevolgen voor de regeldruk zijn voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De hoogte van het eigen risico is al eens eerder gewijzigd en de systematiek van het eigen risico verandert niet. Anders dan voor burgers zullen de eenmalige kennismemingskosten voor bedrijven beperkt zijn. De beschrijving ervan geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

De maatregelen in het ontwerpbesluit leiden tot een toename van de regeldruk voor zowel burgers als zorgaanbieders en zorgverzekeraars (bedrijven).

- De toename van de regeldruk voor burgers is geraamd op € 12,2 miljoen. Dit bedrag bestaat voor € 11,3 miljoen uit eenmalige kennismemingskosten en voor € 0,9 miljoen aan het contact opnemen met zorgverzekeraars of zorgaanbieders voor advies over de nieuwe systematiek van het eigen risico.
- De toename van de regeldruk voor zorgverzekeraars wordt geraamd op € 4,2 miljoen. Dit bedrag bestaat voor € 2,8 miljoen uit het aanpassen van ICT-systemen en informatievoorzieningen en voor € 1,4 miljoen uit het adviseren van burgers over de nieuwe systematiek van het eigen risico.
- De toename van de regeldruk voor zorgaanbieders wordt geraamd op € 0,9 miljoen voor het adviseren van burgers over de nieuwe systematiek van het eigen risico.

Het college merkt op dat – mede gelet op de reacties in de internetconsultatie bij de voorstellen tot verlaging en tranchering van het eigen risico vorig jaar – de regeldrukgevolgen voor burgers en de regeldrukgevolgen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders met betrekking tot vragen van burgers (ook hier) een onderschatting lijken. Het college adviseert de regeldrukkosten voor burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders opnieuw te berekenen, op basis van bijvoorbeeld de resultaten van de geadviseerde doenvermogenstoets.

---

<sup>7</sup> De toelichting beschrijft dat 7,5 miljoen burgers er door de verhoging op vooruitgaan en 7,3 er op achteruit gaan.

**4.2 Het college adviseert in de toelichting bij het ontwerpbesluit de regeldrukgevolgen voor burgers en de regeldrukgevolgen voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders met betrekking tot vragen van burgers onderbouwd in kaart te brengen (bijvoorbeeld op basis van de resultaten van een doenvermogenstoets) conform de Rijksbrede methodiek.**

**Dictum**

Gelet op bovengenoemde bevindingen is het eindoordeel ten aanzien van dit voorstel:

**Indienen / vaststellen nadat met de adviespunten rekening is gehouden.**

Het college benadrukt bij dit dictum groot belang te hechten aan de opvolging van de adviespunten. In het bijzonder geldt dit voor de adviespunten met betrekking tot de werkbaarheid voor burgers (adviespunten 3.1 en 3.2).

In de verwachting u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd,

Hoogachtend,

*w.g.*

M.A. van Hees  
Voorzitter

R.W. van Zijp  
Secretaris

WIJ **W**ILLEM **A**LEXANDER,  
BIJ DE GRATIE GODS,  
KONING DER NEDERLANDEN,  
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,  
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

houdende wijziging  
van het Besluit zorgverzekering  
in verband met de wijze waarop  
kosten van medisch-specialistische  
zorg in mindering worden gebracht  
op het verplicht eigen risico

*(KetenID WGK028873)*

Op de voordracht van Onze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van vul in datum voordracht, kenmerk vul in kenmerk van de voordracht;

Gelet op artikel 21, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van vul in datum advies RvS, no. vul in nummer advies RvS);

Gezien het nader rapport van Onze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van (vul in datum nader rapport, vul in kenmerk nader rapport);

Hebben goedgevonden en verstaan:

## **ARTIKEL I**

Na artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering wordt een artikel ingevoegd, luidende:

### **Artikel 2.17a**

1. De kosten van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, van geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c en van door kaakchirurgen geleverde mondzorg als bedoeld in artikel 2.7, al dan niet gepaard gaande met verblijf, verpleging, verzorging of paramedische zorg, vallen telkens tot een bedrag van ten hoogste € 150 per rechtsgeldig in rekening gebracht tarief onder het verplicht eigen risico.
2. Het eerste lid geldt niet voor geneeskundige zorg zoals psychiaters die plegen te bieden, tenzij deze direct verband houdt met een behandeling in het kader van zorg zoals andere medisch specialisten die plegen te bieden.

3. Indien het bedrag van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 19, eerste lid, van de wet, overeenkomstig het tweede lid van dat artikel wordt geïndexeerd, wordt het bedrag, bedoeld in het eerste lid, als volgt herberekend:
- a. het na indexatie berekende bedrag aan eigen risico als bedoeld in artikel 19, tweede lid, van de wet, wordt vermenigvuldigd met 0,33;
  - b. de uitkomst van de berekening, bedoeld in onderdeel a, wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 5.
4. Indien de uitkomst van de herberekening, bedoeld in het derde lid, afwijkt van het bedrag, genoemd in het eerste lid, wordt dat bedrag bij ministeriële regeling vervangen door het herberekende bedrag.

## **ARTIKEL II**

Dit besluit treedt in werking met ingang van 1 januari 2028.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

## Nota van toelichting

### *Inhoudsopgave*

deel I. Algemeen deel	p. 1
1. Inleiding	p. 1
2. Inhoud van het besluit	p. 2
3. Budgettaire gevolgen	p. 6
4. Uitvoering, regeldruk en fraude	p. 7
5. Gegevensbescherming	p. 9
6. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland	p. 9
7. Consultatie	p. 9
8. Communicatie en invoering	p.13
deel II. Artikelsgewijze toelichting	p.13

### **I. Algemeen deel**

#### 1. Inleiding

In het coalitieakkoord 2026–2030 'Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland'<sup>1</sup> heeft het kabinet maatregelen aangekondigd om goede zorg ook in de toekomst te garanderen. Deze toekomstbestendigheid staat namelijk onder druk. Er zijn simpelweg niet genoeg zorgprofessionals om in alle zorg en ondersteuning te voorzien waar om gevraagd wordt. En niet alle zorg is passende zorg: soms heeft behandelen geen meerwaarde voor de patiënt, soms is zorg niet het passende antwoord op de hulpvraag. Dit vraagt om het maken van keuzes. Keuzes die van iedereen een bijdrage vragen.

Samen met zorg- en welzijnspartijen en maatschappelijke partners werkt het kabinet daarom aan structurele oplossingen. Er zijn doorbraken nodig om de goede voorbeelden de standaard te maken. Dat doet het kabinet aan de hand van vier richtinggevende principes:

1. De gezondste generatie ooit
2. Van zorg naar gezondheid
3. Passende zorg en ondersteuning
4. Solidair zorgstelsel

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). Ons zorgstelsel is gebaseerd op solidariteit tussen mensen die gezond zijn en mensen die geconfronteerd worden met aandoeningen of beperkingen.

Gezonde mensen betalen mee aan de zorgkosten van burgers die ziek zijn. Mensen met een hoog inkomen betalen meer dan mensen met een laag inkomen. We betalen veel samen, en als je daadwerkelijk zorg gebruikt, hoort daar ook een eigen financiële bijdrage bij. Zo houden we de premies beheersbaar. Die solidariteit is een groot goed en moeten we behouden. De maatregelen die het kabinet neemt leiden ertoe dat de zorg toegankelijk blijft, maar ook dat de zorguitgaven minder hard stijgen. Zo zorgen we ervoor dat gezonde mensen ook in de toekomst solidair willen blijven met mensen die zorg nodig hebben. Tegelijkertijd zorgen we ervoor dat mensen die medisch-specialistische zorg

---

<sup>1</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2025/26, 36848, nr. 31

nodig hebben niet in één keer het hele eigen risico kwijt zijn voor die zorg door het eigen risico te trancheren op maximaal € 150 per behandelprestatie.

Het eigen risico bedraagt sinds 2016 € 385 en heeft zich sindsdien niet mee ontwikkeld met de zorgkostenontwikkeling, waardoor de relatieve medefinanciering aan de zorg door verzekerden evenals het reële remgeldeffect<sup>2</sup> structureel zijn afgenomen. Dit kabinet kiest er daarom voor om het verplicht eigen risico per 2027 weer te indexeren. Hierdoor beweegt het verplicht eigen risico weer mee met de ontwikkeling van de zorguitgaven onder de Zorgverzekeringswet. Het verplicht eigen risico komt daarmee volgens huidige inzichten uit op € 395, maar dit kan tot vaststelling van de Ontwerpbegroting voor 2027 nog beperkt wijzigen. Daarnaast kiest het kabinet voor een verhoging van het verplicht eigen risico met € 60, waardoor het verplicht eigen risico in 2027 naar huidige inzichten uitkomt op € 455. Deze verhoging vergt een wijziging van de Zorgverzekeringswet.

De andere maatregel met betrekking tot het verplicht eigen risico die in het coalitieakkoord is genoemd, is de tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch-specialistische zorg vanaf 2028. Per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg<sup>3</sup> wordt maximaal € 150 in rekening gebracht, zodat mensen niet in één keer het volledige bedrag van het eigen risico verschuldigd zijn. Hierdoor zijn verzekerden per behandelprestatie een kleiner deel van hun verplicht eigen risico kwijt. Dit verlaagt de financiële drempel tot zorg, waardoor ongewenste zorgmijding om financiële redenen wordt tegengegaan. Ook blijft het kostenbewustzijn langer doorwerken: waar een verzekerde voorheen na één behandelprestatie zijn volledige eigen risico kwijt was en vervolgens geen financiële prikkel meer ervoer, wordt de verzekerde na de tranchering langer gestimuleerd om na te denken of een vervolgbehandeling passend is. Zo geven we het eigen risico slimmer vorm.

Vanwege de impact die de tranchering van het eigen risico heeft op onder andere de administratiesystematiek en ICT van zorgverzekeraars is de tranchering van het eigen risico per 2027 niet mogelijk. Ook is het van belang om de verzekerden goed uit te leggen hoe de tranchering in zijn werk gaat. Daarom zal deze tranchering ingaan op de eerste datum waarop zij wél uitvoerbaar is, te weten 1 januari 2028.

## 2. Inhoud van het besluit

### *a. Doelstelling besluit*

Dit kabinet wil de toegankelijkheid van de zorg vergroten door tranchering van het verplicht eigen risico op € 150 per behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg. Door het te betalen bedrag aan verplicht eigen risico voor medisch-specialistische zorg te verlagen naar maximaal € 150 per behandelprestatie, wordt de financiële drempel voor het eerste gebruik van medisch-specialistische zorg verlaagd. Tegelijkertijd wordt met deze maatregel het *effect* van het eigen risico op het kostenbewustzijn verlengd, waardoor er een remmende werking is op het gebruik van zorg. Immers, doordat het verplicht eigen risico niet al na de eerste zorgvraag wordt vol gemaakt, kan het eigen risico ook vaker later in het jaar nog worden aangesproken. De maatregel zorgt dus voor een slimmere toepassing van het eigen risico: de drempel is zowel verlaagd als verlengd. Verzekerden die te maken met één of twee diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en weinig andere zorgkosten gaan door tranchering een lager eigen risico betalen. Op de effecten voor verzekerden wordt verder ingegaan in hoofdstuk 3.

### *b. Kernpunten besluit*

<sup>2</sup> De mate waarin mensen ten gevolge van het eigen risico minder zorg gebruiken, wordt het 'remgeldeffect' genoemd.

<sup>3</sup> Behandelprestaties in de medisch-specialistische zorg zijn diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en overige zorgproducten (ozp's).

Ingevolge dit besluit geldt dat de verzekerde voor iedere gedeclareerde prestatie aan medisch-specialistische zorg maximaal € 150 kwijt is aan verplicht eigen risico, totdat het totaal voor het kalenderjaar geldende maximum is bereikt. Als de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, wordt het lagere tarief in rekening gebracht. Het bedrag is van toepassing op alle prestaties voor medisch-specialistische zorg die als dbc of overig zorgproduct (ozp) kunnen worden gedeclareerd.<sup>4</sup> De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna voortgezet wordt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw (maximaal) € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend. Als een rekening voor medisch-specialistische zorg hoger is dan € 150, dan kan – als er sprake is van vrijwillig eigen risico – de zorgverzekeraar het bedrag boven deze € 150 voor rekening van het vrijwillig eigen risico brengen, ook al is het totaalbedrag van het verplicht eigen risico nog niet bereikt.

### *c. Reikwijdte besluit*

Dit besluit geldt voor de medisch-specialistische zorg. De reden hiervoor is dat in de medisch-specialistische zorg met de oude vormgeving van het eigen risico verzekerden met één ziekenhuisbehandeling vaak direct hun gehele verplicht eigen risico vol maakten. Dat komt omdat de prijzen van prestaties in de medisch-specialistische zorg relatief hoog liggen. Daarnaast ligt het gemiddeld aantal prestaties van medisch-specialistische zorg dat jaarlijks per verzekerde gedeclareerd wordt relatief laag. Hierdoor zullen verzekerden als ze voor iedere behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg slechts maximaal € 150 aan verplicht eigen risico verschuldigd zijn, minder snel en minder vaak hun gehele verplicht eigen risico vol maken.

Ten behoeve van de begrijpelijkheid en uitvoerbaarheid is bij de afbakening van de reikwijdte van de maatregel ook rekening gehouden met welke zorg verzekerden in het dagelijks spraakgebruik als medisch-specialistische zorg beschouwen.

In dit besluit is, aansluitend bij de formulering van artikel 2.4, eerste lid, Besluit zorgverzekering (Bzv), bepaald dat de tranches verplicht eigen risico gelden voor 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'<sup>5</sup>, met uitzondering van door (of namens) psychiaters verleende zorg en met toevoeging van door kaakchirurgen geleverde zorg en geriatrische revalidatiezorg. Psychiaters zijn medisch specialisten en bieden 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden'. De zorg die zij leveren zal echter door verzekerden als geestelijke gezondheidszorg beschouwd worden en valt daarom niet onder de in deze algemene maatregel van bestuur (amvb) geregelde tranchering, met uitzondering van zorg die in het kader van een medisch-specialistische somatische behandeling wordt ingezet.<sup>6,7</sup> Het werk van de specialist mondziekten, kaak- en aangezichtschirurgie (in de praktijk veelal kaakchirurg genoemd) wordt niet aangemerkt als 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden' en de kaakchirurg is ook geen medisch specialist. Hetzelfde geldt voor geriatrische revalidatie waarbij de specialist ouderengeneeskundige verantwoordelijk is voor de zorg. Geriatrische revalidatiezorg is

<sup>4</sup> Een dbc is een bundel van zorg en behandelingen bij een bepaalde zorgvraag, waarbij de prijs van een dbc is gebaseerd op de gemiddelde kosten voor de zorgvraag. Naast dbc's wordt ook gebruik gemaakt van overige zorgproducten (ozp's). Hieronder vallen o.a. aanvullingen op de dbc's (add-ons) voor IC-dagen of dure geneesmiddelen, of eerstelijnsdiagnostiek.

<sup>5</sup> Sommige vormen van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, zoals forensische zorg en abortuszorg van abortusklinieken, vallen niet onder de dekking van de zorgverzekering. Het gevolg is dat het in de Zvw opgenomen verplicht eigen risico er niet voor geldt en derhalve de in deze amvb geregelde tranchering van dat eigen risico ook niet.

<sup>6</sup> Deze geestelijke gezondheidszorg die wordt geboden in het kader van een somatische behandeling, wordt bekostigd met gebruikmaking van de prestaties en tarieven voor medisch-specialistische zorg (TB/REG-25610-02) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatiemodel).

<sup>7</sup> Bovendien leidt tranchering in de geestelijke gezondheidszorg naar verwachting niet of in mindere mate ertoe dat mensen minder eigen risico hoeven te betalen. Een ggz-zorgtraject bestaat doorgaans uit relatief veel, snel opeenvolgende prestaties. Hierdoor zouden mensen alsnog snel hun eigen risico vol maken.

geen medisch-specialistische zorg, maar betreft integrale en multidisciplinaire revalidatiezorg zoals specialisten ouderengeneeskunde die plegen te bieden. Kaakchirurgie en geriatrische revalidatiezorg vinden echter veelal wél in ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra plaats. De geboden zorg zal door verzekerden dan ook worden ervaren als medisch-specialistische zorg. Om die reden valt ook deze zorg onder de tranchering van het eigen risico.

De Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg (TB/REG-26621-02<sup>8</sup>) en de bijbehorende tarieventabel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geven een goed handvat om te bepalen om welke vormen van zorg en overige diensten het gaat. Het gaat in ieder geval om alle zorg die de NZa in die beschikking en de tarieventabel als prestatie heeft aangeduid.<sup>9</sup> Medisch-specialistische verpleging thuis (MSVT) wordt, afhankelijk van de situatie, bekostigd vanuit de wijkverpleging of de medisch-specialistische zorg. De maatregel is alleen van toepassing indien de MSVT namens een medisch-specialist/ziekenhuis wordt gedeclareerd.<sup>10</sup> Deze prestaties vallen in dat geval onder de Prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.

In het Besluit uitbreiding en beperking werkingsfeer WMG (Bub WMG) zijn twee diensten opgenomen die niet onder de prestatie- en tariefregulering van de medisch-specialistische zorg vallen en daarom niet in de tarieventabel voorkomen. Deze diensten zijn echter, gelet op de betrokkenheid van medisch specialisten, te beschouwen als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Het gaat om verblijf buiten het ziekenhuis dat noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden en dat niet gepaard gaat met verpleging, verzorging of paramedische zorg (artikel 3, eerste lid, onder o, Bub WMG) en de levering van elektriciteit voor mechanische ademhalingsondersteuning in de thuissituatie (artikel 3, eerste lid, onder p, van Bub WMG). De tranchering van het verplicht eigen risico is op deze diensten van toepassing.

Met het oog op de leesbaarheid van deze toelichting wordt de term 'medisch-specialistische zorg' gebruikt voor alle vormen van zorg of overige diensten waarvoor de tranchering geldt, ook al worden sommige vormen van deze zorg of dienst – zo moge uit het voorgaande blijken – niet als medisch-specialistische zorg bekostigd.

#### *d. Hoogte en toepassing van het maximumbedrag*

Het verplicht eigen risico van maximaal € 150 per prestatie aan medisch-specialistische zorg geldt voor alle prestaties, zowel dbc's als ozp's. In de medisch-specialistische zorg wordt niet iedere verrichting, zoals een injectie, een consult of een ligdag, apart afgerekend. Er wordt namelijk gewerkt met dbc's waarin meerdere verrichtingen binnen een behandeltraject zijn gebundeld en getarifeerd. Naast dbc's wordt ook gebruik gemaakt van ozp's. Hieronder vallen bijvoorbeeld eerstelijnsdiagnostiek of aanvullingen op dbc's (deze worden 'add-on' prestaties genoemd) voor bijvoorbeeld intensive care-dagen of voor dure geneesmiddelen. Het kan dus voorkomen dat er bij één ziekenhuisbezoek meerdere dbc's of ozp's horen, zoals voor een operatie en voor een ligdag op de intensive care.

---

<sup>8</sup> Genoemde beschikking is van toepassing in 2026. De NZa maakt ieder jaar een nieuwe prestatie- en tariefbeschikking medisch-specialistische zorg.

<sup>9</sup> Multidisciplinaire diagnostiek van zeldzame en/of complexe visuele aandoeningen binnen een tertiair oogheelkundig centrum en multidisciplinaire diagnostiek van cerebrale visusstoornissen binnen een tertiair oogheelkundig centrum, betreft zorg zoals medisch specialisten (in dit geval oogartsen) die plegen te bieden. Deze vormen van zorg zijn ook opgenomen in de genoemde beschikking en tarieventabel. Ze vallen derhalve onder de tranchering. Dat deze zorg wordt ingedeeld bij de zintuiglijk gehandicaptenzorg (art. 2.5a Bzv) en niet bij de geneeskundige zorg (art. 2.4 Bzv) is voor de tranchering van het verplicht eigen risico niet van belang.

<sup>10</sup> Als de MSVT als wijkverpleging wordt gedeclareerd geldt *geen* eigen risico, omdat wijkverpleging is uitgezonderd van het eigen risico.

De verrekening van het verplicht eigen risico is gekoppeld aan de declaratiesystematiek. Het verplicht eigen risico volgt de declaratie van de zorgaanbieder aan de zorgverzekeraar.

Het stapsgewijs vol maken van het verplicht eigen risico geldt voor alle rechtmatig gedeclareerde prestaties in de medisch-specialistische zorg. Dat betekent dat elke keer dat een dbc of ozp door de zorgaanbieder in rekening wordt gebracht als verzekerde zorg, het daarbij geldende tarief ten laste komt van het verplicht eigen risico. Als de gedeclareerde prestatie een lager tarief heeft dan € 150, dan wordt het lagere tarief in rekening gebracht in plaats van de € 150. De looptijd van een dbc is maximaal 120 dagen. Als de behandeling daarna voortgezet wordt, zal een nieuwe (vervolg)dbc geopend worden en opnieuw (maximaal) € 150 aan verplicht eigen risico worden berekend.

In dit besluit is deze systematiek gevolgd, zodat het besluit zo min mogelijk investeringen in ICT vergt en zo min mogelijk impact heeft op bestaande administratieve processen van zorgverzekeraars.

#### **Voorbeeld werking van maximaal bedrag € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg**

- Een verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort bedraagt € 500. Er wordt geen vervolg-dbc geopend. Daarnaast heeft de verzekerde een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg die € 75 kost. De verzekerde heeft geen vrijwillig eigen risico.
- Oude systematiek (uitgaande van een verplicht eigen risico van € 470 in 2028):  
De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de behandeling van de dermatoloog.
- Nieuwe systematiek: In de nieuwe systematiek maakt de verzekerde het verplicht eigen risico niet direct vol met de behandeling van de dermatoloog. De verzekerde betaalt € 150 voor de behandeling bij de dermatoloog en € 75 voor de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. De verzekerde betaalt minder eigen risico (€ 225 in plaats van € 470 en is bij mogelijke vervolgzorg in hetzelfde kalenderjaar meer kostenbewust, omdat ook deze eventuele vervolgzorg nog geheel of gedeeltelijk ten laste van het verplicht eigen risico kan komen.

Veel verzekerden hebben jaarlijks te maken met één of twee dbc's en hebben daardoor straks een lager eigen risico. Er zijn echter ook situaties waarin verzekerden in korte tijd meerdere los declarabele behandelingen hebben, waardoor zij alsnog het maximale eigen risico betalen. Bijvoorbeeld in de situatie dat de verzekerde te maken heeft met een SEH-bezoek, operatie, IC-dagen en dure geneesmiddelen.

*e. Vrijwillig eigen risico*

In de Zvw is geregeld dat kosten van zorg die zowel onder het verplicht als onder het vrijwillig eigen risico kunnen vallen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico worden gebracht (artikel 23, derde lid). Zonder tranchering betekent dit dat een vrijwillig eigen risico pas wordt aangesproken nadat het bedrag van het verplicht eigen risico volledig vol is gemaakt. Dit besluit leidt ertoe dat het totaalbedrag van het verplicht eigen risico bij gebruik van medisch-specialistische zorg in stappen van (maximaal) € 150 wordt vol gemaakt. Als de kosten van een prestatie van medisch-specialistische zorg hoger zijn dan € 150, dan kunnen de meerkosten voor rekening van een vrijwillig eigen risico worden gebracht, ook al is het totaalbedrag aan verplicht eigen risico nog niet vol gemaakt.

**Voorbeeld werking maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg: werking vrijwillig eigen risico**

- De verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico van € 500.
- De verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost € 600. Er wordt geen vervolg-dbc geopend. Een paar maanden later komt de verzekerde bij de neuroloog voor een andere zorgvraag. Hier wordt opnieuw een dbc geopend. Deze dbc kost € 700.
- Oude systematiek (uitgaande van een verplicht eigen risico van € 470 in 2028):
  - o De verzekerde maakt direct het verplicht eigen risico van € 470 vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast moet de verzekerde vanwege het vrijwillig eigen risico € 130 uit eigen middelen betalen.
  - o Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico, namelijk € 370 (€ 500 - € 130)
  - o In totaal betaalt de verzekerde € 970 uit eigen middelen: € 470 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.
- Nieuwe systematiek:
  - o De verzekerde betaalt voor de eerste dbc € 150 aan verplicht eigen risico (€ 150 voor de dermatoloog) en het restant van de factuur van de dermatoloog, zijnde € 450 (€ 600 - € 150), aan vrijwillig eigen risico.
  - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw € 150 aan verplicht eigen risico. Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico, namelijk € 50 (€ 500 - € 450 van de factuur van de dermatoloog).
  - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen € 800: € 300 aan verplicht eigen risico en € 500 aan vrijwillig eigen risico.

*f. Indexering van het maximumbedrag per prestatie*

In de Zvw is vastgelegd dat de hoogte van het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd aan de hand van de ontwikkeling van de zorgkosten.<sup>11</sup> Als de totale hoogte van het verplicht eigen risico stijgt, zal het maximumbedrag van € 150 per prestatie in de medisch-specialistische zorg zich niet langer goed verhouden tot het maximale verplicht eigen risico dat dan zal gelden. Om deze reden wordt ingevolge dit besluit het maximumbedrag van € 150 vanaf 2029 herberekend. Het uitgangspunt bij de herberekening is dat de verhouding tussen het (onafgeronde) bedrag aan verplicht eigen risico en het onafgeronde maximumbedrag voortaan gelijk is aan 33%. Om het maximumbedrag te bepalen wordt eerst 33% van het geïndexeerde, niet afgeronde bedrag aan verplicht eigen risico berekend. Vervolgens wordt de uitkomst hiervan naar beneden afgerond op bedragen van € 5.

<sup>11</sup> In artikel 19 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) is vastgelegd dat het verplicht eigen risico jaarlijks wordt geïndexeerd overeenkomstig het verschil in geraamde uitgaven voor de zorg en overige diensten tussen het kalenderjaar waarop het verplicht eigen risico betrekking zal hebben en vergelijkbare uitgaven voor het jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

### 3. Budgettaire gevolgen

Voor de maatregel zijn inschattingen gemaakt van de te verwachten macro budgettaire gevolgen van het trancheren van het eigen risico in de medisch specialistische zorg. Het trancheren van het eigen risico interacteert ook met de verhoging van het verplicht eigen risico per 2027. Voor de budgettaire gevolgen van deze interactie verwijs ik naar hetgeen daarover is opgenomen in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel waarmee per 2027 het verplicht eigen risico wordt verhoogd.

Het budgettaire effect onder het uitgavenkader bestaat uit twee delen: de te verwachte lagere opbrengst van het verplicht eigen risico, omdat verzekerden vanwege trancheren gemiddeld minder verplicht eigen risico gaan betalen, en een inschatting van de lagere zorgkosten door het hogere kostenbewustzijn (het remgeldeffect). De budgettaire effecten onder het inkomstenkader bestaan uit de verwachte daling van de nominale premie, de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) en de zorgtoeslag.

#### Budgettaire mutaties in het uitgaven- en inkomstenkader (in miljoenen euro's)

	<b>2028</b>	<b>2029</b>	<b>2030</b>
Opbrengst eigen risico (+ is lagere opbrengst)	118	118	118
Collectieve uitgaven (remgeldeffect)	-318	-318	-318
<b>Effect uitgavenkader (- is lagere netto uitgaven)</b>	<b>-200</b>	<b>-200</b>	<b>-200</b>
Nominale premie	-26	-26	-26
IAB	-188	-130	-135
Zorgtoeslag	-51	-51	-51
<b>Effect inkomstenkader (- is lastenverlichting)</b>	<b>-163</b>	<b>-105</b>	<b>-110</b>

#### *a. Lagere opbrengsten van het verplicht eigen risico*

Zonder tranchering van het verplicht eigen risico betaalt iemand die medisch-specialistische zorg ontvangt doorgaans in één keer het volledige bedrag van het verplicht eigen risico. Omdat de bijdrage in de medisch-specialistische zorg per 2028 wordt gemaximeerd op € 150 per prestatie, betalen verzekerden gemiddeld minder verplicht eigen risico. Een aanzienlijk aantal verzekerden die in een kalenderjaar medisch-specialistische zorg nodig hebben, zal namelijk slechts één of twee dbc's nodig hebben en zal hierdoor minder snel het verplicht eigen risico vol maken. Naar verwachting neemt de opbrengst van het verplicht eigen risico af met € 118 miljoen vanaf 2028. Naar verwachting gaan ongeveer 1,3 miljoen verzekerden op jaarbasis gemiddeld circa € 100 minder eigen risico betalen.

#### *b. Daling van de collectieve zorguitgaven (remgeldeffect)*

De tranchering van het verplicht eigen risico in de medisch specialistische zorg leidt ertoe dat verzekerden minder snel hun eigen risico vol maken. De veronderstelling is dat dit resulteert in een afname van het zorggebruik, omdat het verplicht eigen risico langer een rol blijft spelen bij de overweging om zorg te gebruiken. Er is een inschatting gemaakt van het verwachte effect op de zorgvraag van het trancheren van het verplicht eigen risico. In 2028 wordt rekening gehouden met € 318 miljoen lagere zorguitgaven wegens de verhoging van het remgeldeffect.

Het remgeldeffect is gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB), die dit effect heeft berekend met behulp van een microsimulatiemodel dat in 2020 in gebruik is genomen.<sup>12</sup> Dit model wordt gebruikt voor allerlei doorrekeningen, zoals Zorgkeuzes in

<sup>12</sup> Zie voor een beschrijving van de gedragseffecten van het eigen risico: Remmerswaal en Boone

Kaart<sup>13</sup>, Keuzes in Kaart 2027 t/m 2030<sup>14</sup> en de analyse van het coalitieakkoord<sup>15</sup>. Het model is gebaseerd op individuele gegevens van zorggebruik en -kosten van verzekerden in de Zvw over een periode van zes jaar.

#### *c. Effecten inkomstenkader*

De lagere opbrengst van het verplicht eigen risico leidt tot een hogere nominale premie. In de financieringssystematiek van de Zvw is immers sprake van communicerende vaten: tegenover een lager verplicht eigen risico staat een hogere nominale premie. De lagere zorguitgaven ten gevolge van het hogere remgeldeffect leiden in het inkomstenkader tot een lagere nominale premie en een lagere IAB. Binnen het inkomstenkader leidt dit tot lagere opbrengsten uit de nominale premie (- € 26 miljoen in 2028) en de IAB (- € 188 miljoen in 2028). Dit is een lastenverlichting (- € 214 miljoen in 2028).

Als tegemoetkoming in de nominale premie en het verplicht eigen risico ontvangt een deel van de verzekerden zorgtoeslag. De hoogte van de zorgtoeslag is gekoppeld aan de standaardpremie. De standaardpremie is gedefinieerd als de geraamde gemiddelde nominale premie, plus het geraamde gemiddelde bedrag dat een verzekerde naar verwachting aan verplicht eigen risico betaalt.

Door tranchering van het eigen risico betalen verzekerden gemiddeld € 8 minder verplicht eigen risico per jaar en € 2 minder nominale premie dan zonder de tranchering. Het netto effect leidt tot een lagere standaardpremie en daarmee een € 10 lagere de zorgtoeslag. De automatische daling van de zorgtoeslag (- € 51 miljoen in 2028), zorgt voor een automatische lastenverzwaring voor burgers. Na de daling van de zorgtoeslag blijft per saldo een lastenverlichting over van € 163 miljoen in 2028.

#### 4. Uitvoering, regeldruk en fraude

##### *a. Burgers*

De wijziging van het verplicht eigen risico vraagt geen nieuwe vaardigheden van de verzekerde. De zorgverzekeraar zorgt zelf voor een zorgvuldige berekening van het eigen risico. Desondanks verandert de vormgeving van het eigen risico. Daardoor zullen mensen ontdekken hoe het nieuwe eigen risico werkt, en in sommige gevallen ook nagaan hoeveel dbc's of ozp's voor hen in een kalenderjaar zijn gedeclareerd. Er zijn nu twee bedragen om rekening mee te houden (het 'tranche-bedrag' en het totale eigen risico). Als men ook nog een vrijwillig eigen risico heeft, is er nog een derde dimensie.

Deze extra complexiteit is ook opgemerkt in een eerdere internetconsultatie van het besluit om de medisch specialistische zorg te trancheren<sup>16</sup>. Een goede informatievoorziening voor verzekerden, die aansluit op het kennisniveau van alle doelgroepen, is daarom zeer belangrijk. In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze wordt opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Dit besluit heeft, behoudens de hiervoor genoemde kennismakingskosten, geen gevolgen voor de regeldruk voor burgers. De inschatting is dat een deel van de burgers dat gebruik maakt van medisch-specialistische zorg, zich zal verdiepen in de maatregel om een inschatting te kunnen maken hoeveel verplicht en vrijwillig eigen risico ze zullen moeten betalen. Sommige burgers nemen door de maatregel ook contact op met hun

---

(2020), <https://www.cpb.nl/system/files/cpbmedia/omnidownload/CPB-Achtergronddocument-ZIK-Eigen-betalingen-in-de-Zorgverzekeringswet.pdf>, Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020, CPB-achtergronddocument.

<sup>13</sup> CPB (2020), *Zorgkeuzes in Kaart*, Den Haag.

<sup>14</sup> CPB (2025), *Keuzes in Kaart*, Den Haag.

<sup>15</sup> CPB (2026), *Analyse coalitieakkoord 2026-2030*, Den Haag.

<sup>16</sup> [Overheid.nl | Consultatie Slimmere toepassing eigen risico in de medisch-specialistische zorg](https://overheid.nl/consultatie-slimmere-toepassing-eigen-risico-in-de-medisch-specialistische-zorg)

zorgverzekeraar of zorgaanbieder voor advies over de toepassing van het eigen risico of om te controleren of een zorgverzekeraar een tranche wel terecht in rekening heeft gebracht. De kennisneming van de nieuwe werking van het eigen risico kan voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico relatief complex zijn, omdat ze in geval van gebruik van medisch-specialistische zorg vaak zowel het verplicht als vrijwillig eigen risico zullen moeten gaan betalen. Verzekerden hoeven geen extra investeringen te doen anders dan het kennis nemen van de nieuwe toepassing van het verplicht eigen risico. Registratie en declaratie van zorg en de verrekening van het eigen risico worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars gedaan, waardoor burgers automatisch profiteren van de lastenverlichting voor zover daarvan sprake is gezien hun zorggebruik.

De regeldrukkosten voor burgers worden ingeschat op € 20,6 mln. De regeldruk voor burgers is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Alle volwassen verzekerden (14,5 miljoen) nemen kennis van de tranchering van het eigen risico, een eenvoudige handeling van 2 minuten tegen een uurtarief van € 17: dit levert  $14.500.000 \times 2/60 \times € 17 = € 8,2$  miljoen op aan regeldrukkosten.
- Verzekerden die daadwerkelijk eigen risico verbruiken (circa 7,25 miljoen, oftewel ongeveer de helft van alle volwassen verzekerden) zullen zich nader verdiepen in de tranchering van het verplicht eigen risico om in te schatten hoeveel eigen risico zij moeten betalen (ook als zij andere zorg dan medisch specialistische zorg gebruiken) — een handeling van gemiddeld 5 minuten:  $7.250.000 \times 5/60 \times € 17 = € 10,3$  miljoen.
- Van deze groep zoekt naar schatting 10% deskundig advies bij een zorgverzekeraar of zorgaanbieder:  $725.000 \text{ personen} \times 10/60 \times € 17 = € 2,1$  miljoen;

Het subtotaal regeldruk voor burgers komt daarmee op circa € 20,6 miljoen.

Om het begrip van dit besluit te vergroten en daarmee de vragen (en kosten) voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars te verkleinen, wordt ingezet op goede informatievoorziening.

#### *b. Zorgverzekeraars*

Het eigen risico wordt geïnd door de zorgverzekeraar. Een wijziging in de toepassing van het eigen risico betekent dat de zorgverzekeraars hun ICT-systemen en informatievoorziening moeten aanpassen voor het innen van het verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico. Omdat de maatregel aansluit bij de huidige bekostiging, is er geen nieuwe en aparte declaratiestroom nodig.

Dit Besluit vergt een andere inrichting van de administratie van zorgverzekeraars, zodat het eigen risico per dbc of ozp in de medisch-specialistische zorg in tranches wordt verrekend.

Daarnaast moet de ICT-systemen van zorgverzekeraars zo worden aangepast, dat de meerkosten (dat wil zeggen de kosten boven € 150) van een prestatie in de medisch-specialistische zorg als de verzekerde heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico toegerekend kunnen worden aan dat vrijwillig eigen risico. Naar verwachting zullen sommige verzekerden meer facturen krijgen van hun verzekeraar, omdat zij in meerdere stappen hun eigen risico vol maken. Door de toename van het aantal facturen, voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico, nemen de uitvoeringslasten dus beperkt toe. Daarnaast kunnen de invorderingswerkzaamheden van zorgverzekeraars enigszins toenemen. Dat is op voorhand niet zeker, omdat de rekeningen zelf lager zijn (en verzekerden mogelijk makkelijker en sneller hun rekening kunnen betalen). Ten slotte zullen zorgverzekeraars, vooral voorafgaand aan inwerkingtreding van de maatregel en in het eerste jaar na inwerkingtreding, meer vragen krijgen van verzekerden over het verrekende eigen risico. De regering acht de toegevoegde waarde van de maatregel in passende verhouding tot bovengenoemde uitvoeringslasten.

Bij de berekening van de regeldrukkosten voor zorgverzekeraars is uitgegaan van de hierboven genoemde handelingen en de standaarden uit het 'Handboek meting regeldrukkosten' uit 2023 van het ministerie van Economische Zaken en Klimaat. De regeldruk voor zorgverzekeraars bestaat uit twee componenten:

- Ten eerste het beantwoorden van vragen van verzekerden: twee derde van de 725.000 advieszoekenden richt zich tot de zorgverzekeraar (circa  $483.333 \text{ contactmomenten} \times 10/60 \times \text{€ } 39/\text{uur} = \text{circa € } 3,1 \text{ miljoen}$ ), omdat verzekeraars het eigen risico bij verzekerden innen en daardoor het eerste aanspreekpunt zijn.
- Ten tweede moeten zorgverzekeraars hun ICT-systemen aanpassen om het maximumbedrag per prestatie te kunnen verrekenen en weergeven:  $10 \text{ concerns} \times 5.200 \text{ uur} \times \text{€ } 54/\text{uur} = \text{€ } 2,8 \text{ miljoen}$ .

Het subtotaal regeldruk voor zorgverzekeraars bedraagt circa € 5,9 miljoen.

#### *c. Zorgaanbieders*

De maatregel heeft geen gevolgen voor de administratie van zorgaanbieders, omdat zij geen extra investeringen hoeven te doen of inspanningen hoeven te verrichten. Zorgaanbieders moeten door de wijziging in de overgangssituatie wel rekening houden met meer vragen van patiënten over gedeclareerde behandelprestaties. De verwachting is dat het aantal vragen afneemt als verzekerden gewend zijn aan de nieuwe wijze van verrekening van het eigen risico. De inschatting is dat de meeste vragen aan de zorgverzekeraars zullen worden gesteld, omdat zij de rekening voor het eigen risico versturen en er voor de meeste mensen op dat moment pas aanleiding ontstaat voor eventuele vragen.

- Zorgaanbieders in de medisch-specialistische zorg krijgen vragen van patiënten over de dbc-systematiek en de hoogte van het te verrekenen eigen risico. Uitgaande van de groep die deskundig advies zoekt (725.000 personen), wordt verondersteld dat een derde van deze vragen bij zorgaanbieders terechtkomt, wat neerkomt op circa  $241.667 \text{ contactmomenten}$ . De berekening is:  $241.667 \times 10/60 \times \text{€ } 39 \text{ uur} = \text{circa € } 1,6 \text{ miljoen}$ .

#### *d. Dienst toeslagen*

De verhoging en tranchering van het verplicht eigen risico tezamen leiden via een verlaging van de standaardpremie tot een verlaging van de zorgtoeslag. Aangezien de standaardpremie ieder jaar gewijzigd wordt, levert dit voor de Dienst toeslagen geen extra werk op.

### 5. Gegevensbescherming

Er is geen 'Data Protection Impact Assessment' uitgevoerd, omdat deze wijziging van het Bzv niet leidt tot een verandering in de aard of de soort gegevens die worden gewisseld tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en verzekerden.

### 6. Europeesrechtelijke aspecten en gevolgen voor Caribisch Nederland

#### *a. Europees recht*

Omdat Nederland een privaat zorgverzekeringsstelsel heeft, is de EU-richtlijn Solvabiliteit II<sup>17</sup> van toepassing. Uitgangspunt van deze richtlijn is dat privaatrechtelijke schadeverzekeraars zoveel mogelijk vrijheid wordt gelaten bij het inrichten van hun verzekeringspolissen. Wat betreft de Nederlandse zorgverzekering geldt echter dat die vrijheid mag worden beperkt voor zover dat noodzakelijk is ter bescherming van het algemeen belang. De plicht om verplicht eigen risico in rekening te brengen, vormt zo'n beperking. Voorliggend besluit perkt de beleidsvrijheid van de verzekeraars echter niet verder in. Gold voor de inwerkingtreding van het besluit dat de zorgverzekeraar verplicht waren om de kosten van een behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg geheel voor rekening van het verplicht eigen risico te brengen totdat het maximum van dat eigen risico was bereikt, vanaf de inwerkingtreding van het besluit geldt dat de kosten van zo'n behandelprestatie tot maximaal € 150 voor rekening van het verplicht eigen risico dienen te worden gebracht. In beide gevallen hebben de zorgverzekeraars derhalve geen beleidsvrijheid bij het bepalen van het deel van de rekening dat voor rekening van het verplicht eigen risico dient te worden gebracht. Omdat de vrijheid van de zorgverzekeraars met voorliggend besluit niet wordt ingeperkt ten opzichte van de situatie die voordien gold, komt de voorgestelde tranchering niet in strijd met de richtlijn Solvabiliteit II.

#### *b. Caribisch Nederland*

De maatregel heeft geen gevolgen voor Caribisch Nederland. De Zvw stelt regels over een verplichte (privaatrechtelijke) zorgverzekering voor mensen die, kortweg, in Europees Nederland wonen of loonbelasting betalen. De gevolgen van deze amvb zijn daardoor beperkt tot het Europese deel van Nederland. Aanpassing van de wet- en regelgeving omtrent de ziektekosten in het Caribisch deel van Nederland, te weten het Besluit zorgverzekering BES en de Regeling aanspraken zorgverzekering BES, is niet nodig omdat de collectieve verzekering die in dit deel van Nederland geldt, geen eigen risico kent.

### 7. Consultatie

#### *a. Internetconsultatie*

In de periode van 18 december 2024 tot en met 29 januari 2025 heeft een internetconsultatie plaatsgevonden van het ontwerpbesluit waarmee de tranchering zou zijn vastgesteld op € 50 bij een maximaal verplicht eigen risico van € 165. Er is voor gekozen om het ontwerpbesluit 'tranchering eigen risico' (met tranches van € 150) niet (opnieuw) open te stellen voor internetconsultatie, omdat de strekking van dit ontwerpbesluit gelijk is aan het ontwerpbesluit dat reeds heeft voorgelegen voor internetconsultatie. Er is alleen gekozen voor andere parameters, namelijk een tranchebedrag van € 150 bij een maximaal verplicht eigen risico van € 460. Uit de reacties is duidelijk geworden dat er voor- en tegenstanders zijn van een tranchering van het verplicht eigen risico en dat hiervoor verschillende argumenten zijn aangedragen. Er zijn 12 reacties ontvangen van burgers, belangenorganisaties en partijen, namelijk van de Patiëntenfederatie en Ieder(in) (gezamenlijk), Diabetesvereniging, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en van 7 individuen.

#### *Samenvatting reacties van burgers*

De meningen van burgers over de tranchering van het eigen risico zijn verdeeld. Voorstanders vinden het goed dat mensen door de maatregel minder kwijt zijn per

---

<sup>17</sup> Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009 L 335).

behandeling in het ziekenhuis in plaats van direct het volledige eigen risico. Dit geeft een lastenverlichting voor mensen. Ook verwachten zij dat dit ertoe kan leiden dat mensen minder vaak veel zorg gebruiken zodra ze hun eigen risico hebben vol gemaakt. Tegenstanders geven aan dat de maatregel niet de grote problemen in de zorg aanpakt, zoals de lange wachtlijsten en werkdruk in de zorg. Ook vragen ze zich af of de maatregel wel daadwerkelijk leidt tot een effectiever eigen risico en geven ze aan dat de zorgprofessional, niet de patiënt de afweging moet maken of zorg nodig is of niet.

#### *Samenvatting reacties van patiëntenverenigingen (Diabetesvereniging, MIND, Patiëntenfederatie en Ieder(in))*

Deze organisaties erkennen dat de tranchering van het eigen risico voordelig kan zijn voor mensen die incidenteel zorg nodig hebben, maar wijzen ook op het beperkte effect voor chronisch zieken. Voor deze groep biedt de maatregel volgens de organisaties namelijk weinig voordeel, omdat chronisch zieken ook te maken heeft met andere zorgkosten, waardoor ze alsnog snel het eigen risico vol maken. Ook geven de organisaties aan dat het eigen risico complexer wordt en daardoor ook moeilijker uitlegbaar wordt aan verzekerden. Patiëntenfederatie en Ieder(in) vragen zich af of deze extra complexiteit opweegt tegen een verondersteld effectiever remgeldeffect. Ten slotte pleiten de organisaties voor een uitbreiding van de tranchering naar andere zorgsectoren, zoals farmaceutische zorg, hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg of alle zorg waarvoor het eigen risico geldt.

#### *Samenvatting reactie van zorgverzekeraars (ZN)*

ZN maakt zich zorgen dat tranchering van het eigen risico de drempel naar ziekenhuiszorg te laag maakt en dat dit zal leiden tot omgekeerde substitutie: mensen zullen vaker kiezen voor duurdere ziekenhuiszorg in plaats van een behandeling door de huisarts. ZN waarschuwt verder dat de maatregel het eigen risico complexer maakt, wat leidt tot extra uitvoeringslasten voor verzekeraars en tot extra onduidelijkheid voor verzekerden. De extra complexiteit ontstaat volgens zorgverzekeraars door de koppeling van het eigen risico aan de declaratiesystematiek, de samenloop met het vrijwillig eigen risico en het feit dat de tranchering niet voor alle zorg, maar alleen voor medisch-specialistische zorg geldt. Zorgverzekeraars verwachten dat zij, maar ook zorgverleners, veel vragen van patiënten en verzekerden zullen krijgen. Ten slotte wijst ZN erop dat de overgang naar het nieuwe systeem kan leiden tot uitstel van zorg aan het eind van het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de tranchering ingaat en extra wachtlijsten aan het begin van laatstbedoeld jaar, omdat het eigen risico voor een eerste behandeling dan daalt van het maximum eigen risico naar het 'tranche-bedrag' in de medisch-specialistische zorg.

#### *Samenvatting van reactie van ziekenhuizen (NVZ)*

NVZ merkt op dat de tranchering van het eigen risico in beginsel zorgt voor een effectiever eigen risico. De NVZ maakte zich zorgen dat de tranchering in combinatie met een forse verlaging van het verplicht eigen risico naar € 165 zou leiden tot een grote toename van de zorgvraag, zowel van noodzakelijke als niet-noodzakelijke zorg. Deze zorg vervalt nu dit kabinet kiest voor een hoger verplicht eigen risico. Verder geeft de NVZ aan dat helder en goed is beargumenteerd waarom de tranchering alleen geldt voor medisch-specialistische zorg. De NVZ vraagt zich wel af of het getrancheerde eigen risico in de praktijk begrijpelijk is voor verzekerden en patiënten, vanwege het feit dat de tranchering alleen geldt voor medisch-specialistische zorg en vanwege de samenloop met het vrijwillig eigen risico.

#### *Samenvatting van reactie NZa*

De NZa betwijfelt of de beoogde effecten van de maatregel – een begrijpelijke toepassing van het eigen risico, waarbij de prikkel om doelmatig om te gaan met zorg niet na het

eerste ziekenhuisbezoek volledig wegvalt omdat het eigen risico dan vol is – worden bereikt. Volgens de NZa is het grootste probleem dat het voor verzekerden mogelijk niet duidelijk is waar zij het eigen risico voor betalen. De NZa adviseert om het verplicht eigen risico te koppelen aan voor patiënten herkenbare zorgactiviteiten. De NZa verwacht dat de maatregel zal leiden tot een toename van onduidelijkheid voor verzekerden, mede door de gekozen samenloop van het verplicht en vrijwillig eigen risico.

#### *Reactie op de ontvangen opmerkingen*

Door meerdere partijen zijn zorgen geuit dat de tranchering het eigen risico complexer maakt, waardoor het eigen risico moeilijker te begrijpen is voor burgers en tot meer uitvoeringslasten leidt voor zorgverzekeraars en -aanbieders. De extra complexiteit komt volgens de partijen door de koppeling aan de declaratiesystematiek, de samenhang met het vrijwillig eigen risico en de keuze de tranchering enkel voor de medisch-specialistische zorg in te voeren.

De genoemde punten worden onderkend. Er zijn alternatieven voor deze maatregel verkend die begrijpelijker zijn voor verzekerden, zoals een maximumbedrag per zorggebeurtenis of zorgvraag. Die alternatieven bleken echter complexer te zijn in de uitvoering en ingrijpende wijzigingen te vergen. Er is daarom gekozen zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande declaratiesystematiek voor de bekostiging.

Wat betreft het vrijwillig eigen risico is er bewust gekozen om de huidige werking van het vrijwillig eigen risico zoveel mogelijk in stand te houden. Dit heeft als mogelijk gevolg dat verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico, dit eerder zullen aanspreken dan nu het geval is.

Ook kan hierdoor voor sommige mensen de keuze voor een vrijwillig eigen risico complexer worden.

Er is ook bewust gekozen alleen het eigen risico voor medisch-specialistische zorg te trancheren. In de medisch-specialistische zorg ziet de regering namelijk dat mensen onder de oude vormgeving van het eigen risico met één ziekenhuisbehandeling vaak direct hun gehele verplicht eigen risico vol maken. De keuze het eigen risico alleen voor medisch-specialistische zorg te trancheren kan er inderdaad toe leiden dat het voor sommige behandelingen minder duidelijk is of de tranchering wel of niet geldt. Hierbij wordt opgemerkt dat het uitbreiden van de tranchering van het eigen risico naar alle Zvw-zorg niet noodzakelijk begrijpelijker is voor verzekerden.

Elke zorgsector heeft namelijk een andere bekostigingssystematiek en prestaties, wat – als het eigen risico voor die sectoren ook getrancheerd zou worden – ook tot extra onduidelijkheid en vragen zou kunnen leiden. Daarnaast leidt tranchering er in andere sectoren dan de medisch-specialistische zorg niet of in mindere mate toe dat mensen minder eigen risico hoeven te betalen. In sectoren zoals de ggz bestaat een zorgtraject doorgaans uit relatief veel, snel opeenvolgende prestaties. Hierdoor zouden mensen alsnog snel hun eigen risico vol maken.

De ontvangen reacties onderstrepen het belang van actieve en gerichte voorlichting om eventuele onduidelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen. Er wordt daarom ruim de tijd genomen voor uitgebreide voorlichting, waarbij zorgverzekeraars en -aanbieders betrokken worden. Tot slot wordt opgemerkt dat, alhoewel uit de reacties blijkt dat er situaties kunnen zijn waarin het voor verzekerden onduidelijk is wat zij exact aan eigen risico moeten betalen, er voor verzekerden een belangrijke zekerheid is: niemand betaalt als gevolg van de tranchering méér eigen risico.

Verschillende partijen hebben opgemerkt dat chronische zieken niet in gelijke mate profiteren van de maatregel. Veel chronisch zieken zullen inderdaad het verplicht eigen risico alsnog vol maken, omdat zij vaak meerdere dbc's per jaar en ook andere zorg zoals

geneesmiddelen en hulpmiddelen gebruiken. Zij profiteren wel van de tranchering doordat deze ervoor zorgt dat de premie minder hard stijgt.

Zorgverzekeraars maken zich zorgen dat er omgekeerde substitutie zal plaatsvinden vanwege de tranchering van het eigen risico. Dit gaat om zorg die zowel een huisarts als medisch specialist kan uitvoeren, zoals kleine chirurgische ingrepen, het plaatsen van een spiraal of bepaalde vormen van diagnostiek. Mogelijk zal een deel van de verzekerden dit liever bij een medisch specialist laten doen dan bij de huisarts, maar dat deel zal naar verwachting beperkt zijn. Er is een verwijzing nodig voor gebruik van zorg in de tweede lijn. Daarnaast blijft er een eigen risico (van maximaal € 150 per prestatie) voor behandelingen in de medisch-specialistische zorg. De effecten van de maatregel zullen overigens onderzocht en in beeld gebracht worden.

Wat betreft de waarschuwing dat de overgang naar het nieuwe systeem in 2028 kan leiden tot uitstel van zorg eind 2027 en extra wachtlijsten begin 2028: dit eenmalige effect is bekend en is meegenomen in de informatievoorziening richting het veld.

#### *b. Inschatting uitvoeringslasten van ZN*

Op 18 december 2024 is ZN gevraagd om de uitvoeringslasten van de tranchering van het eigen risico voor verzekeraars in kaart te brengen. Zij gaven in een reactie op 28 januari 2025 aan dat het voor hen op dat moment niet mogelijk was om de kosten van extra uitvoeringslasten te kwantificeren, omdat zorgverzekeraars eerst hun functionaliteiten verder uit moeten werken. Zorgverzekeraars hebben daarom met een kwalitatieve analyse de impact van de maatregel geïnventariseerd. Daarbij hebben ze gedetailleerd de processen in kaart gebracht die geraakt worden door de maatregel en aangegeven of de impact hoog, midden of laag is, of deze incidenteel of structureel is en wat de verwachte doorlooptijd is.

De zorgverzekeraars concludeerden dat de maatregel technisch uitvoerbaar is, maar dat deze naar verwachting wel gepaard gaat met extra administratieve lasten en hogere incasso- en uitvoeringskosten. Dat komt onder andere doordat de maatregel veel verschillende taken en processen van zorgverzekeraars raakt, van dataverwerking en factureren tot communicatie richting verzekerden. De uitvoering wordt ook complexer door de gekozen samenhang met het vrijwillig eigen risico en doordat de tranchering enkel geldt voor medisch-specialistische zorg.

Zorgverzekeraars hebben verder aangegeven dat een eenduidig bronbestand cruciaal is voor het beperken van uitvoeringslast voor verzekeraars. In dat bronbestand wordt op declaratieniveau aangegeven voor welke prestaties de tranchering wel van toepassing is en voor welke prestaties niet. ZN heeft het ministerie van VWS gevraagd ervoor te zorgen dat dit bestand er is. Ook heeft ZN het ministerie gevraagd zorg te dragen voor goede informatievoorziening. Zorgverzekeraars benadrukten ten slotte dat het belangrijk is dat er genoeg tijd is voor verzekeraars om hun ICT-systemen en processen aan te passen.

De opmerkingen van ZN over de uitvoeringslast van de maatregel zijn verwerkt in deze toelichting. De inschatting van ZN benadrukt dat het belang van genoeg tijd voor zorgverzekeraars om hun ICT-systemen aan te passen. Daarom is er een heel jaar, 2027, hiervoor de tijd genomen.

Ook hebben het ministerie van VWS en ZN samengewerkt aan duidelijkheid over op welke prestaties de tranchering van toepassing is en wat dit betekent voor verzekerden. ZN heeft ook gereageerd op de internetconsultatie. Hun reactie wordt daar (onder kopje a) behandeld.

De regering begrijpt de zorgen van zorgaanbieders, burgers en zorgverzekeraars, maar vindt dat de voordelen, namelijk de verlaging van de financiële drempel voor het eerste gebruik van medisch-specialistische zorg en de verlenging van het *effect* van het eigen risico op het kostenbewustzijn, opwegen tegen de nadelen.

*c. Oordeel Adviescollege toetsing regeldruk*

Op 1 april 2026 zijn de wijziging van de Zorgverzekeringswet teneinde het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering per 2027 te verhogen en de wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de wijze waarop kosten van medisch-specialistische zorg in mindering worden gebracht op het verplicht eigen risico (verder: ontwerpbesluit tranchering eigen risico), aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) voor advies voorgelegd. Op 8 april 2026 heeft het ATR zijn advies uitgebracht. Het ATR heeft getoetst of de regeldrukgevolgen van deze twee voorstellen goed in kaart waren gebracht. Getoetst is op nut en noodzaak, de mogelijkheid van minder belastende alternatieven, de werkbaarheid en de regeldrukberekening. Onder 'regeldruk' wordt verstaan de tijd, kosten en moeite die nodig zijn voor burgers, bedrijven en professionals om de verplichtingen uit wet- en regelgeving na te leven.

Het ATR heeft het volgende oordeel gegeven op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit: Indien / vaststellen nadat met de adviespunten rekening is gehouden. Naar aanleiding van dit advies is op een aantal onderdelen de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel en voorliggende nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tot tranchering verplicht eigen risico, aangepast of aangevuld.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit inzichtelijk te maken hoe mogelijke ongewenste zorgmijding in beeld wordt gebracht. Deze aanbeveling is overgenomen. In paragraaf 3b is aangegeven dat ongewenste zorgmijding specifiek als gevolg van het eigen risico lastig te meten is. Vaak zijn er meerdere redenen die tegelijk een rol spelen, is het effect van één specifieke maatregel niet precies te isoleren en zou een groep verzekerden over een heel lange periode moeten worden gevolgd om te bepalen of de zorg die vermeden is, medisch noodzakelijke zorg zou kunnen zijn. Het onderscheid tussen medisch noodzakelijke zorg en medisch minder noodzakelijke zorg is zeer lastig te maken. Aan de toelichting is toegevoegd dat het CPB onderzoek doet naar het niet-opvolgen van een verwijzing van de huisarts. Het niet-opvolgen van een verwijzing kan wijzen op (een ongewenste vorm van) zorgmijding. 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 kenmerken. Dit zal meer inzicht geven in zorgmijding.

Het college heeft geadviseerd om aan de hand van de uitkomsten van een doenvermogenstoets nader te onderbouwen of de maatregelen voor de verschillende groepen burgers werkbaar zijn en om opgedane inzichten te gebruiken voor de gerichte informatievoorziening. Deze aanbeveling is overgenomen. De doenvermogenstoets wordt in het najaar uitgevoerd. De uitkomsten worden betrokken bij het vormgeven van de voorlichting. De uitkomsten worden opgenomen in de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit tranchering verplicht eigen risico.

Het college heeft geadviseerd om in de toelichtingen op het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de voornemens van het kabinet (met name ten aanzien van de stapeling van maatregelen voor kwetsbaren groepen) te concretiseren en te onderbouwen wat concreet wordt gedaan om de gewenste gedragseffecten bij deze kwetsbaren groepen (al in 2027) te realiseren. De gevolgen van de maatregelen van dit kabinet voor kwetsbare groepen, waaronder het verhogen en trancheren van het eigen risico, en de impact daarvan op verschillende soorten huishoudens, worden geanalyseerd. Mede op basis

hiervan worden maatregelen bepaald om kwetsbare groepen te helpen. Het kabinet heeft structureel € 350 miljoen beschikbaar gesteld om chronisch zieken tegemoet te komen in hun zorgkosten. De uitkomsten van deze analyse en de wijze waarop het bedrag voor chronisch zieken wordt besteed kunnen niet meer worden meegenomen in de toelichtingen, maar maken wel onderdeel uit van het politiek debat.

Tot slot heeft het college geadviseerd om in de toelichting bij het wetsvoorstel en het ontwerpbesluit de regeldrukgevolgen voor burgers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars nader te onderbouwen en volledig in beeld te brengen, conform de Rijksbrede methodiek. Deze aanbeveling is overgenomen. De berekeningen zijn opnieuw uitgevoerd en de regeldrukkosten zijn op basis van deze nieuwe berekeningen aangepast. De berekeningen zijn toegelicht in paragraaf 4.

## 8. Communicatie en invoering

In de maanden voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit besluit zal er gerichte informatievoorziening zijn om verzekerden bekend te maken met de maatregel. Deze wordt opgezet in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Bij de totstandkoming worden verschillende doelgroepen betrokken, zodat de uitingen begrijpelijk zijn en zoveel mogelijk mensen zullen bereiken.

## **II. Artikelsgewijs**

### *artikel 2.17a, eerste lid, Bzv*

Artikel 21, eerste lid, Zvw bepaalt dat het percentage van de kosten van zorg of overige diensten dat ten laste gaat van het verplicht eigen risico, bij amvb wordt vastgesteld. Dit percentage is geregeld in artikel 2.19 Bzv: het bedraagt 100. Op grond van artikel 21, tweede lid, Zvw, kunnen bij amvb vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvoor de kosten, in afwijking van artikel 21, eerste lid, Zvw, geheel, gedeeltelijk of in het geheel niet onder het verplicht eigen risico vallen. Van deze mogelijkheid wordt in voorliggende amvb gebruik gemaakt. Bepaald wordt allereerst dat de kosten van zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden, van geriatrische revalidatiezorg en van door kaakchirurgen geleverde mondzorg, telkens tot een bedrag van ten hoogste € 150 onder het verplicht eigen risico vallen<sup>18</sup>, waarmee automatisch ook geregeld is dat het meerdere daar niet onder valt. Uit artikel 19 Zvw volgt dat dit slechts geldt totdat het totaalbedrag dat ingevolge dat artikel aan verplicht eigen risico in een kalenderjaar verschuldigd is, is bereikt.

Het komt voor dat een prestatie minder dan € 150 kost. Indien een dergelijke prestatie wordt gedeclareerd, dient voor die prestatie uiteraard slechts het gedeclareerde bedrag als eigen risico in rekening te worden gebracht en niet het volle tranchebedrag van € 150. Ook hier geldt weer dat in een kalenderjaar nooit meer dan het totaalbedrag aan verplicht eigen risico in rekening kan worden gebracht.

Indien voor een verzekerde in 2028 eerst een ozp van € 100 in rekening wordt gebracht en daarna drie dbc's van telkens meer dan € 150, betaalt de verzekerde eerst € 100, vervolgens € 150, dan nog eens € 150 en voor de derde dbc ten slotte het voor 2028

---

<sup>18</sup> Zoals blijkt uit de tekst van artikel 21, tweede lid, Zvw, en Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nr. 6, p. 12, en Kamerstukken II, 2007/08, 31 094, nr. 35, p. 3, hoeft het gedeelte dat niet ten laste van het verplicht eigen risico komt, niet in een percentage te worden uitgedrukt. In casu is voor een bedrag gekozen.

geldende totaalbedrag aan eigen risico minus € 400 (€ 100 + € 150 + € 150).

Een bedrag wordt slechts voor rekening van het verplicht eigen risico gebracht, indien de declaratie rechtsgeldig was, dat wil zeggen voldoet aan hetgeen daarover bij en krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is geregeld. Zoals ook nu al het geval is, dient de zorgverzekeraar dit na te gaan voordat hij het aan eigen risico verschuldigde bedrag bij de verzekerde in rekening brengt. Deze amvb brengt hier geen verandering in.

Indien de verlening van medisch-specialistische zorg, geriatrische revalidatiezorg of kaakchirurgie gepaard is gegaan met verblijf in een ziekenhuis of zelfstandig behandelcentrum, met verpleging, met verzorging of met paramedische zorg, zijn de kosten daarvan in de dbc inbegrepen. Het is dus niet zo dat in zo'n geval ook nog een tranche verplicht eigen risico per – bijvoorbeeld – ligdag verschuldigd is.<sup>19</sup> Voor de zekerheid wordt dit in het eerste lid geëxpliciteerd.

Artikel 23, derde lid, Zvw bepaalt dat een zorgverzekeraar kosten van zorg of overige diensten die zowel ten laste van het verplicht als het vrijwillig eigen risico kunnen komen, eerst ten laste van het verplicht eigen risico brengt. Aangezien artikel 2.17a, eerste lid, ervoor zorgt dat van een eerste dbc of ozp in een kalenderjaar hoogstens € 150 ten laste van het verplicht eigen risico kan worden gebracht, brengt dit voor een verzekerde met een vrijwillig eigen risico met zich, dat voor het meerdere vervolgens al direct het vrijwillig eigen risico kan worden aangesproken.

#### *Artikel 2.17a, tweede lid, Bzv*

Zoals in het algemeen deel van deze nota van toelichting is aangegeven, geldt het tranchegewijs vol maken van het verplicht eigen risico niet voor de kosten van medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg (dat wil zeggen geestelijke gezondheidszorg zoals psychiaters die plegen te bieden), tenzij het gaat om zorg die in het kader van een medisch-specialistische somatische behandeling wordt ingezet.<sup>20</sup> Het tweede lid regelt dat.

#### *Artikel 2.17a, derde en vierde lid, Bzv*

Het derde lid zorgt ervoor dat het maximumbedrag voor een tranche verplicht eigen risico als bedoeld in het eerste lid wordt herberekend indien het totaalbedrag aan eigen risico ingevolge artikel 19, tweede lid, Zvw wordt geïndexeerd. De herberekening vindt plaats door van het ingevolge artikel 19, tweede lid, Zvw geïndexeerde bedrag<sup>21</sup> 33% te nemen en het resultaat naar beneden af te ronden op een veelvoud van € 5. Indien het aldus herberekende bedrag afwijkt van het voor jaar t geldende maximumbedrag voor een tranche, wordt het bij ministeriële regeling met ingang van jaar t+1 vervangen door het herberekende bedrag (vierde lid).

Aldus wordt bereikt dat een tranche aan eigen risico vóór afronding steeds 33% van het totaalbedrag aan eigen risico bedraagt, en na afronding ongeveer dat percentage.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

<sup>19</sup> Een ligdag op de intensive care (IC) is niet in de dbc in begrepen. Dan kan wel een tranche verplicht eigen risico in rekening worden gebracht.

<sup>20</sup> Deze geestelijke gezondheidszorg die wordt geboden in het kader van een somatische behandeling, wordt bekostigd met gebruikmaking van de prestaties en tarieven voor medisch-specialistische zorg (voor het jaar 2026 op de website van de NZA te vinden onder nummer TB/REG-26621-02) en dus niet met de ggz-bekostiging (het zorgprestatiemodel).

<sup>21</sup> Dit is het bedrag voor de in artikel 19, derde lid, Zvw bedoelde afronding.

## Reactie Zorgverzekeraars Nederland op de internetconsultaties over het voornemen van het kabinet om het verplicht eigen risico te verlagen naar 165 euro en om het verplicht eigen risico te trancheren op 50 euro per prestatie in de medisch-specialistische zorg

28 januari 2025

Zorgverzekeraars Nederland reageert in één document op de voorgenomen wijzigingen van het eigen risico. Het ministerie van VWS vraagt om een reactie in twee aparte internetconsultaties, maar omdat de combinatie van maatregelen (het gelijktijdig verlagen en het trancheren van het eigen risico) impact heeft op de toegankelijkheid van de zorg voor verzekerden, de financiële consequenties, gedragseffecten en gevolgen voor de uitvoering, geven wij graag één samenhangende reactie.

Zorgverzekeraars begrijpen de wens om ongewenste zorgmijding door het eigen risico te voorkomen. Maar met de keuze voor generieke en ingrijpende aanpassingen van het eigen risico maken zorgverzekeraars zich zorgen over de gevolgen voor verzekerden vanwege de aanzienlijke risico's die deze veranderingen met zich mee brengen.

### Het eigen risico: voortdurend onder de aandacht

- **De hoogte en de inrichting van het eigen risico, is een politieke keuze.** Het is vaak onderwerp van debat. Zorgverzekeraars zijn door de overheid bij wet verplicht om het eigen risico uit te voeren. In de praktijk wendden verzekerden zich tot hun zorgverzekeraar als zij vragen hebben over (veranderingen in) het eigen risico.
- **Sinds 2016 is het eigen risico 'bevroren' op 385 euro wat heeft geleid tot een duidelijke vermindering van het aantal vragen/ergernissen van verzekerden.** Uit de praktijk blijkt dat eenvoudige en voorspelbare eigen betalingen beter werken dan een voortdurende aanpassing daarvan. De aanvankelijk automatische, jaarlijkse verhoging van het eigen risico leidde tot veel vragen en ergernis van verzekerden bij de klantenservice van zorgverzekeraars.
- **Nederland heeft vergeleken met andere Europese landen een van de hoogste uitgaven aan zorg per inwoner, maar een van de laagste percentages aan eigen betalingen in de zorg.** Toch is voor sommige mensen de rekening voor het eigen risico een flinke uitgave. In de zorgtoeslag worden mensen gecompenseerd voor het eigen risico en veel verzekerden maken gebruik van de betalingsregelingen van zorgverzekeraars die hen helpen om het eigen risico gespreid te kunnen betalen.
- **Toch blijft er helaas een groep mensen die (door een stapeling van zorgkosten en een laag inkomen) moeite houdt met het betalen van het eigen risico.** Het is goed dat het kabinet wil voorkomen dat deze mensen om financiële redenen ten onrechte zorg mijden. Het kabinet kiest er echter voor om dit op te lossen met een grote generieke maatregel die geldt voor alle verzekerden, ook voor degenen die het eigen risico prima kunnen betalen.
- **Deze grote aanpassing van het eigen risico heeft aanzienlijke gevolgen voor de vraag naar zorg, de financiële consequenties en de complexiteit van de uitvoering van het eigen risico.** Het netto financiële voordeel voor verzekerden is beperkt; de zorgkosten moeten immers betaald worden. De kosten verschuiven van het eigen risico naar de zorgpremie. Daarnaast is onzeker hoe groot het effect is op het verminderen van ongewenste zorgmijding. Bovendien leidt het voorstel tot minder voorspelbaarheid en meer complexiteit bij de uitvoering van het eigen risico.

### De gevolgen van het gelijktijdig verlagen en trancheren van het eigen risico.

Hieronder wijzen wij graag op de gevolgen van het verlagen én trancheren van het eigen risico. We wijzen op de impact op de toegang tot zorg voor verzekerden, de financiële consequenties, de specifieke gevolgen van het trancheren van het eigen risico voor ziekenhuiszorg en de koppeling met het vrijwillig eigen risico.

#### 1. Impact op zorgvraag en financiële gevolgen

- **Volgens het kabinet zijn de aanpassingen van het eigen risico gericht op het kostenbewuster maken van verzekerden (om niet onnodig gebruik te maken van de zorg) en tegelijkertijd gericht op het wegnemen van financiële belemmeringen (om juist makkelijker gebruik te maken van de zorg). Het kabinet geeft toe dat het verminderen van het eigen risico in de praktijk zal leiden tot meer gebruik van de zorg.** Het kabinet rekent op een toename van de zorgvraag ten bedrage van 2,1 miljard euro als gevolg van het verlagen van het eigen risico. De zorgpremie zal naar verwachting voor alle Nederlanders met bijna 200 euro stijgen om de kosten van het lagere eigen risico op te vangen. Wij stellen inderdaad vast dat het verlagen van het eigen risico van 385 naar 165 euro in algemene zin leidt tot een afname van de zogenaamde remwerking. Als gevolg hiervan zullen mensen sneller een beroep doen op de zorg (ook als het eigenlijk niet nodig is).
- **Zorgverzekeraars constateren dat het verlagen van het eigen risico een zeer generieke maatregel is zonder dat precies duidelijk is of ongewenste zorgmijding zal afnemen.** Het kabinet wil zorgmijding voorkomen en verwijst naar het panel-onderzoek onder 660 mensen door Nivel wat laat zien dat één op de tien mensen (48 respondenten) in 2022 minder gebruik heeft gemaakt van medische zorg vanwege het eigen risico. Een deel van deze groep mijdt ook de huisarts, waarvoor overigens geen eigen risico geldt. Het is niet duidelijk in welke mate deze grote generieke aanpassing van het eigen risico zal helpen bij het tegen gaan van zorgmijding. Het is belangrijk om te beseffen dat als mensen moeite hebben met het betalen van hun zorgkosten – waar het eigen risico een onderdeel van is – dit in feite wijst op een breder inkomensvraagstuk (bestaanszekerheid). Dit los je niet op met sec het verlagen van het eigen risico.
- **Het verlagen van het eigen risico wakkert de zorgvraag aan. Een sterke stijging van de wachttijden dreigt. Ondertussen probeert de minister van VWS met de zorgsector afspraken te maken die juist tot doel hebben om de wachttijden te verminderen.** Iedereen in de zorg merkt dat de druk oploopt en wachttijden toenemen als gevolg van de vergrijzing van onze samenleving. Het kabinet probeert op dit moment afspraken te maken met de zorgsector om de zorg toegankelijk te houden voor iedereen; nu en in de toekomst. Een belangrijk onderdeel van deze afspraken is dat we de instroom in de zorg afremmen en we alleen de juiste zorg op de juiste plek bieden. De verlaging van het eigen risico (in combinatie met de tranchering) heeft naar verwachting het omgekeerde effect.

#### 2. Gevolgen van het trancheren van het eigen risico voor medisch specialistische zorg

Volgens het kabinet wordt de inzet van het eigen risico 'effectiever' door het trancheren, of beter gezegd, het opknippen van het eigen risico voor de medisch specialistische zorg (€ 50 per behandelprestatie MSZ). Het zogenaamde remeffect is dan langer omdat iemand niet in één keer het eigen risico kwijt is bij een bezoek aan het ziekenhuis.

- **Zorgverzekeraars vrezen dat de tranchering van het eigen risico op 50 euro voor veel mensen de drempel naar dure ziekenhuiszorg erg laag maakt.** Het risico is dat er omgekeerde substitutie plaats gaat vinden: mensen kiezen (voor 50 euro) een behandeling in een dure kliniek boven een behandeling door de huisarts. Dit druist in tegen de inspanningen van de zorgsector voor het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek. Ook ontstaat het risico dat mensen de huisarts nog sneller onder druk gaan zetten voor een doorverwijzing naar het ziekenhuis of een privé kliniek. Zorgverzekeraars zien als risico dat nieuwe of bestaande aanbieders van medisch specialistische zorg de zorgvraag extra aanwakkeren, bijvoorbeeld met tweedelijns poli's.

- **Zorgverzekeraars verwachten dat sommige verzekerden geen begrip hebben voor het feit dat zij voor geneesmiddelen of voor de ggz meer eigen risico betalen (max 165 euro) dan voor een eenmalige dure ziekenhuisbehandeling (max 50 euro).** De tranchering creëert in sommige gevallen financieel onderscheid tussen patiënten op basis van hun zorggebruik.
- **Het trancheren voor medisch specialistische zorg (MSZ) maakt het eigen risico veel minder eenvoudig en minder begrijpelijk.** Het eigen risico wordt in de MSZ namelijk geïnd op basis van een behandelprestatie MSZ (dbc). Een verzekerde kan door de tranchering op behandelprestatie niet goed inschatten wat de uiteindelijke inhouding van het eigen risico zal zijn. Een behandelprestatie MSZ is in de praktijk niet altijd hetzelfde als wat de verzekerde ervaart als één behandeling:
  - **Uitzonderingen en dubbele declaraties zijn verwarrend voor verzekerden.** Voor een bezoek aan de psychiater in het ziekenhuis geldt geen maximum van € 50 euro per prestatie, immers de psychiater in het ziekenhuis valt onder de GGZ.
  - **In de praktijk zal verreweg de meeste verwarring ontstaan door het feit dat een grote groep patiënten is aangewezen op meerdere aaneengesloten of gelijktijdige behandelingen door verschillende specialismes binnen het ziekenhuis, waarvoor ook meerdere behandelprestaties worden gedeclareerd.** Als een patiënt tijdens een reguliere behandeling in het ziekenhuis onverhoopt moet worden opgenomen op de Intensive Care, of er moet een ander specialisme worden ingeschakeld, dan opent het ziekenhuis een tweede dbc-prestatie. Dit betekent dat de zorgverzekeraar verplicht is om voor elke dbc-prestatie € 50 eigen risico bij de verzekerde te innen. Een verzekerde krijgt dus twee keer een rekening van €50 euro, terwijl hij het wellicht beschouwt als één behandeling/opname. Zorgverzekeraars kunnen dit straks niet aan verzekerden uitleggen. Hoe leggen we een verzekerde bijvoorbeeld uit dat een opname van een week in het ziekenhuis (1 dbc) minder eigen risico kost dan twee poliklinische bezoeken bij verschillende specialismes (2 dbc's)?
- In de huidige situatie doen bovenstaande problemen zich niet voor omdat het eigen risico direct en zonder tussenstappen bij de verzekerde in rekening wordt gebracht tot een maximum van € 385 euro. Bij een bezoek aan het ziekenhuis bereikt een verzekerde in de huidige situatie vaak direct dit maximum en ontvangt eenmalig een nota van de zorgverzekeraar. **De vraag is of een verlengd remeffect zal leiden tot meer kostenbewustzijn bij verzekerden. Heeft een eigen risico van 50 euro per behandelprestatie voor medisch specialistische zorg voor voldoende mensen überhaupt een remmende werking?**

### 3. Onderscheid verplicht en vrijwillig eigen risico nu geen probleem

- **In de huidige situatie is de uitvoering van het verplicht en vrijwillig eigen risico geen probleem.** Als een verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico, dan merkt deze niets van het onderscheid tussen het verplichte en het vrijwillige deel. Eerst wordt het verplicht eigen risico volgemaakt en vervolgens het vrijwillige deel.
- **Onduidelijk is hoe het vrijwillig eigen risico moet worden uitgevoerd bij de voorgenomen aanpassingen van het verplicht eigen risico. Het is de vraag of het vrijwillig eigen risico aangesproken moet worden voordat of nadat de 165 euro van het verplicht eigen risico is bereikt** (zie onderstaand rekenvoorbeeld). Zonder eenduidige regelgeving kan dat tot verwarring leiden als zorgverzekeraars dit verschillend gaan uitvoeren.
- **De samenloop met het vrijwillig eigen risico compliceert de uitvoering en moet zeer duidelijk worden uitgelegd aan verzekerden.** Daarnaast moet opgemerkt worden dat door de verlaging van het eigen risico het vrijwillig eigen risico eerder wordt aangesproken.

*Rekenvoorbeeld bij een vrijwillig eigen risico van € 500.*

- De casus: De verzekerde gaat naar de dermatoloog in het ziekenhuis voor een behandeling. De dbc die bij deze behandeling hoort kost € 520. Er wordt geen vervolg-dbc geopend. Een paar maanden (in hetzelfde jaar) later komt de verzekerde bij de neuroloog voor een andere zorgvraag. Hier wordt opnieuw een dbc geopend. Deze dbc kost € 700.
  
  - Huidige systematiek zonder tranchering  
(voor een goede vergelijking rekenen we hier met een verlaagd verplicht eigen risico van max 165 euro):
    - o De verzekerde maakt direct zijn verplicht eigen risico van 165 euro vol met de behandeling van de dermatoloog. Daarnaast wordt er 355 euro vanwege zijn vrijwillig eigen risico uit eigen middelen betaald.
    - o Voor de dbc bij de neuroloog betaalt de verzekerde het restant van het vrijwillig eigen risico, namelijk 145 euro (€ 500 - € 355)
    - o In totaal betaalt de verzekerde 665 euro uit eigen middelen: 165 euro aan verplicht eigen risico en 500 euro aan vrijwillig eigen risico.
  
  - Nieuwe systematiek met tranchering:
    - o De verzekerde betaalt voor de eerste dbc 50 euro aan verplicht eigen risico (50 euro voor de dermatoloog) en het restant van de factuur van de dermatoloog, zijnde 470 euro (€ 520 - € 50), aan vrijwillig eigen risico.
    - o Voor de dbc die wordt geopend bij de neuroloog betaalt de verzekerde opnieuw 50 euro aan verplicht eigen risico. Ook betaalt de verzekerde het restant aan vrijwillig eigen risico, namelijk 30 euro (€ 500 - € 470 van de factuur van de dermatoloog).
    - o In totaal betaalt deze verzekerde aan eigen middelen 600 euro : 100 euro aan verplicht eigen risico en 500 euro aan vrijwillig eigen risico.
4. Ongewenste effecten bij de invoering
- **Voorafgaand aan de invoering van de verlaging en tranchering van het eigen risico (voorzien 2027) kunnen gedragseffecten leiden tot 'uitstel van zorg'; met name eind 2026.** Er gaat namelijk een heel groot verschil ontstaan voor een verzekerde die eind 2026 MSZ-zorg nodig heeft. Immers, als de verzekerde de zorg uitstelt tot na de jaarwisseling wordt het verplicht eigen voor MSZ zorg verlaagd van 385 euro naar 50 euro. Dit heeft negatieve gevolgen op de wachttijden in het invoeringsjaar. Het kabinet heeft geen maatregelen voorzien om deze gedragseffecten op te vangen.
  - **Daarnaast rekenen we op veel onbegrip en vragen bij verzekerden voor wie er eind 2026 een vervolg dbc wordt geopend door het ziekenhuis, maar de feitelijke behandeling plaatsvindt in januari 2027.** De verzekerde zal dan denken cq. verwachten dat het eigen risico 50 euro bedraagt, maar het is nog 385 euro.
5. Indexering eigen risico en tranchering na 2029
- **Tot en met 2029 vindt er geen indexering plaats** van de maximale hoogte van het eigen risico en de hoogte van de tranchering. Vanaf 2030 vindt weer jaarlijks indexering plaats. Dit betekent dat zowel het eigen risico als de hoogte van de tranchering elk jaar evenredig stijgt met de stijging van de totale zorgkosten.
  - **Verzekerden moeten vanaf 2030 jaarlijks wennen aan twee nieuwe maximum bedragen voor het eigen risico.** De ervaring van zorgverzekeraars uit het verleden is dat het jaarlijks aanpassen van het eigen risico voor veel verzekerden leidt tot ongenoegen en verwarring.



Aan

Minister van VWS

Deadline: 12-5-2026

12/5/26

# nota

(ter beslissing) Tranchering verplicht eigen risico Zorgverzekeringswet (150 euro)

Directie Wetgeving en  
Juridische Zaken  
Afdeling D (VZG)

Ontworpen door

senior wetgevingsjurist

Datum Document

Kenmerk

4382070-1098237-WJZ

Bijlage(n)

## 1. Aanleiding

De Ministerraad ging op 17 april 2026 akkoord met:

- verzending van het wetsvoorstel tot verhoging van het verplicht eigen risico Zvw voor advies van de Afdeling advisering van de Raad van State (RvS), en
- voorhang van de algemene maatregel van bestuur (amvb) waarmee de tranchering van het verplicht eigen risico Zvw bij gebruik van medisch-specialistische zorg wordt geregeld (tranches van 150 euro).

Omdat wetsvoorstel en amvb samenhangen en tegelijk bij de Tweede Kamer terecht dienen te komen (aldus ook een aangenomen motie van D66), is de voorhang van de amvb aangehouden totdat het we het advies van de RvS ontvingen en onze reactie daarop gereed was. Die reactie (het nader rapport) is u onlangs voorgelegd. Dat betekent dat nu ook de amvb kan worden voorgehangen.

## 2. Geadviseerd besluit

Ik verzoek u bijgevoegde voorhangbrieven voor de Tweede en Eerste Kamer te tekenen.

Deadline: ik verzoek u om dit uiterlijk op 12 mei 2026 te doen. Naar verwachting zal het wetsvoorstel nog voor Hemelvaart (14 mei) door de Koning bij de Tweede Kamer kunnen worden ingediend. Indien u de voorhangbrieven uiterlijk op 12 mei tekent, kan ook de amvb nog voor Hemelvaart aan de Tweede Kamer worden aangeboden.



### 3. Kernpunten

Met de amvb wordt per 2028 geregeld dat van de kosten van een behandelprestatie in de medisch-specialistische zorg slechts maximaal € 150 ten laste komt van het verplicht eigen risico.

De tranchering van het eigen risico voor medisch-specialistische zorg is op z'n vroegst mogelijk per 2028 vanwege de inregeltijd van één jaar. De tranchering heeft een grote impact op de ICT van zorgverzekeraars. Verder is een goede communicatiestrategie vereist, omdat de tranchering complex is voor burgers.

### 4. Toelichting

#### *a. Draagvlak politiek*

In het Coalitieakkoord staat het volgende: *"Om verhoging van de zorgpremies te voorkomen handhaven en indexeren we het huidige eigen risico en verhogen we het eigen risico met €60 per 2027. We zorgen dat je nooit in een keer het hele eigen risico kwijt bent maar maximaal 150 euro per behandeling."*

Het kabinet analyseert de gevolgen van een aantal maatregelen uit het coalitieakkoord voor het besteedbare inkomen van kwetsbare groepen (wat betreft gezondheid en/of financiële situatie). De indexering, verhoging en tranchering van het eigen risico maken deel uit van de maatregelen die in de analyse worden meegenomen.

#### *b. Draagvlak maatschappelijk en eenduidige communicatie*

Draagvlak maatschappelijk: zie onder draagvlak politiek.

De amvb dient eind 2026/begin januari 2027 in het Staatsblad te staan, willen de zorgverzekeraars de maatregel per 1 januari 2028 kunnen gaan uitvoeren. In deze invoeringsperiode van ongeveer een jaar zal samen met zorgverzekeraars en aanbieders van medisch-specialistische zorg ook worden gewerkt aan adequate voorlichting.

#### *c. Arbeidsmarkteffecten zorg- en welzijnsveld*

De arbeidsmarkteffecten van de tranchering zijn positief. De tranchering zorgt voor een lager beroep op de medisch-specialistische zorg.

#### *d. Gevolgen administratieve lasten*

De regeldruk ten gevolge van de tranchering neemt beperkt toe. In paragraaf 4 van de nota van toelichting wordt hier op ingegaan.

#### *e. Financiële en personele gevolgen VWS en uitvoeringsorganisaties*

De financiële gevolgen zijn vermeld in de nota van toelichting.

#### *f. Juridische aspecten haalbaarheid*

Haalbaar.

#### *g. Afstemming (intern, interdepartementaal en met veldpartijen)*

De Ministerraad is op 17 april akkoord gegaan met de voorhang van de amvb. Deze beslisnota is afgestemd met de directies Z en MEVA.

#### *h. Toezeggingen*

Geen.



*i. Fraudetoets*

N.v.t.

**5. Informatie die niet openbaar gemaakt kan worden**

Tot personen herleidbare gegevens zijn onleesbaar gemaakt vanwege de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

