



# Doorrekening beleidsopties voor het eigen risico

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Centraal Planbureau een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van twee beleidsmaatregelen ten aanzien van het eigen risico. Beide maatregelen betreffen een verlaging van het eigen risico naar 165 euro per 2027. Bij de eerste maatregel geldt er een maximale eigen bijdrage per behandeling van 50 euro. In de tweede maatregel komt de maximale eigen bijdrage per behandeling te vervallen.

Met behulp van het eigenbetalingenmodel schatten we de effecten van de twee maatregelen op de eigen betalingen en het zorggebruik voor de jaren 2027 en 2028.

CPB - februari 2025

Maud Hofland, Elena Nixdorf, Anne-Fleur Roos

# 1 Inleiding

**Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het Centraal Planbureau voor 2027 en 2028 een inschatting gemaakt van de budgettaire effecten van twee beleidsmaatregelen ten aanzien van het eigen risico.** De eerste maatregel betreft het verlagen van het eigen risico naar 165 euro per 2027 met een maximale eigen bijdrage van 50 euro per behandeling in de medisch-specialistische zorg. Deze maatregel komt overeen met de maatregel uit het hoofdlijnenakkoord.<sup>1</sup> De tweede maatregel betreft het verlagen van het eigen risico naar 165 euro per 2027 en het laten vervallen van de maximale eigen bijdrage per behandeling in de medisch-specialistische zorg.

**Beide maatregelen verlagen het eigen risico per 2027 naar 165 euro, dit heeft invloed op de eigen betalingen en de vraag naar zorg.** Bij een verlaging van het eigen risico hoeven mensen minder zorg zelf te betalen. Hierdoor is er een verschuiving van private betalingen naar collectieve uitgaven (financieringsschuif), omdat een groter deel van de zorg uit de premies betaald moet worden.<sup>2</sup> Daarnaast stijgen de collectieve zorguitgaven ook als gevolg van het zogenoemde remgeldeffect: het gedragseffect van het eigen risico. Het eigen risico heeft een remmend effect op de vraag naar zorg, doordat zorggebruikers meer kosten zelf dragen en daardoor mogelijk afzien van zorggebruik. Bij een verlaging van het eigen risico, neemt de drempel om (meer) zorg te vragen af. Daardoor zal er meer zorg gebruikt worden. Zowel de financieringsschuif als het gedragseffect hebben bij een verlaging van het eigen risico een toename van de collectieve zorguitgaven tot gevolg.

**In maatregel 1 geldt er in de medisch-specialistische zorg een maximale eigen bijdrage van 50 euro per behandeling.** In de medisch-specialistische zorg (msz) liggen de kosten per behandeling<sup>3</sup> meestal boven het maximum van het eigen risico (boven 165 euro), waardoor het verplicht eigen risico vaak al met één behandeling wordt opgemaakt. In het geval van een maximale eigen bijdrage per behandeling betalen gebruikers van medisch-specialistische zorg niet in één keer het volledige eigen risico, maar bijvoorbeeld 50 euro per behandeling.

**De maximale eigen bijdrage van 50 euro per behandeling beïnvloedt de eigen betalingen en het zorggebruik.** Waar gebruikers van msz eerst doorgaans het volledige eigen risico betaalden, betalen zij in het geval van een maximale eigen bijdrage per behandeling gemiddeld minder eigen risico. Hierdoor neemt de opbrengst van het eigen risico relatief<sup>4</sup> af: er is een verschuiving van private betalingen aan zorg naar collectieve zorguitgaven, waardoor de collectieve zorguitgaven toenemen (financieringsschuif). Hoewel de financiële drempel per behandeling weliswaar lager is, blijft de remmende werking van het eigen risico ook bij volgende behandelingen in stand. Het zorggebruik wordt dus langer geremd, waardoor de collectieve zorguitgaven relatief<sup>4</sup> afnemen (gedragseffect). De effecten van de financieringsschuif en het gedragseffect zijn in dit geval dus tegengesteld: het gedragseffect resulteert in een afname van de collectieve zorguitgaven en de financieringsschuif zorgt voor een toename van de collectieve zorguitgaven.

---

<sup>1</sup> De maatregel komt overeen met HLA\_103 in *Analyse hoofdlijnenakkoord 2025-2028* (CPB, 2024). Het budgettaire effect van deze maatregel is reeds gepubliceerd (CPB, 2024). In de huidige notitie maken we een onderscheid tussen het gedragseffect en de financieringsschuif.

<sup>2</sup> De helft van de uitgaven in de Zorgverzekeringswet wordt gefinancierd via de inkomensafhankelijke bijdrage. De andere helft moet betaald worden via het eigen risico en de nominale premie.

<sup>3</sup> Met behandeling refereren we in dit geval aan de zorg die met één diagnose-behandelingscombinatie (dbc) wordt bekostigd.

<sup>4</sup> Ten opzichte van een situatie waarbij er geen maximale eigen bijdrage per behandeling geldt.

**In deze notitie rapporteren we de budgettaire effecten van de twee maatregelen.** Het gaat daarbij om het verlagen van het eigen risico in combinatie met het aanpassen van de maximale eigen bijdrage per behandeling. In hoofdstuk 2 gaan we in op de uitgangspunten van deze doorrekening. In hoofdstuk 3 tonen we onze budgettaire inschatting van de maatregelen. We maken daarbij een onderscheid tussen de financieringsschuif en het gedragseffect.

## 2 Uitgangspunten

**De effecten van de twee maatregelen voor 2027 en 2028 zijn berekend ten opzichte van een basispad.** Het basispad is de verwachte ontwikkeling van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid. In deze notitie gebruiken we het basispad dat de Voorjaarsnota 2024 als uitgangspunt heeft. Dit basispad komt overeen met het basispad dat gebruikt is bij de analyse van het Hoofdlijnenakkoord (CPB, 2024). Hierdoor is het budgettaire effect van maatregel 1, reeds gekwantificeerd bij de analyse van het hoofdlijnenakkoord, goed te vergelijken met het budgettaire effect van maatregel 2. In het basispad bedraagt het eigen risico 385 euro in 2025 en 435 euro in 2028 (lopende prijzen) en geldt er een maximale eigen bijdrage van 150 euro per behandeling.

**Het CPB kwantificeert de impact van wijzigingen in het verplichte eigen risico op zowel de eigen betalingen (de financieringsschuif) als het zorggebruik (het gedragseffect) met behulp van het eigenbetalingenmodel.** Het eigenbetalingenmodel<sup>5</sup> is een microsimulatiemodel dat geschat is op individuele uitgaven in de Zorgverzekeringswet van alle verzekerden in Nederland. Het model kan de budgettaire effecten van een verhoging, verlaging of het afschaffen van het verplichte eigen risico kan kwantificeren. Daarnaast kan het model een inschatting maken van de budgettaire effecten van het vervangen van het verplicht eigen risico door bijvoorbeeld een procentueel eigen risico. In het geval van een procentueel eigen risico betaalt iemand een percentage van de behandeling zelf. Bij onze budgettaire inschatting wordt de maximale eigen bijdrage per behandeling met het model benadert met een procentueel eigen risico.

**Voor de inschatting van de budgettaire effecten zijn er enkele aannames gedaan.** Aangenomen is dat het gedragseffect al in het ingangsjaar volledig optreedt. Het is echter onzeker of het zorgaanbod de toename in vraag naar zorg al in het ingangsjaar kan verwerken. Daarnaast bevat de inschatting van de gevolgen van maatregel 1 door het interactie-effect van het verlagen van de maximale eigen bijdrage per behandeling en de verlaging van het verplichte eigen risico substantiële onzekerheid<sup>6</sup>.

**In deze doorrekening zijn andere effecten van de maatregelen, zoals op de nominale premie, de zorgtoeslag en de gezondheid, buiten beschouwing gelaten.** Wanneer de collectieve zorguitgaven stijgen, zoals bij een verlaging van het eigen risico, stijgt de nominale premie. Daarnaast gaan mensen bij een verlaging van het eigen risico meer zorg gebruiken. Onderzoek laat zien dat dit zowel waardevolle als minder waardevolle zorg betreft (Brot-Goldberg, 2017). Een toename van het gebruik van waardevolle zorg kan een positief effect op de gezondheid hebben. De gerapporteerde bedragen in tabel 1 en 2 zijn in prijzen 2024 en ex-antemutaties, dat wil zeggen mutaties zonder de macro-economische doorwerking.

---

<sup>5</sup> Meer informatie over het eigenbetalingenmodel is te vinden op: [Eigenbetalingenmodel | CPB.nl](https://www.cpb.nl/eigenbetalingenmodel)

<sup>6</sup> Voor een precieze inschatting van de gevolgen zouden aanvullende gegevens nodig zijn. Waaronder data over het gemiddeld aantal diagnose-behandelcombinaties in de medisch specialistische zorg (zie voetnoot 3) per verzekerde of gegevens over de volgorde van de gebruikte zorg waarmee het verplicht eigen risico wordt opgevuld. Over deze informatie beschikt het CPB niet.

## 3 De budgettaire effecten

### 3.1 Maatregel 1

Per 2027 wordt het verplichte eigen risico verlaagd naar 165 euro en de maximale eigen bijdrage per behandeling in de medisch-specialistische zorg verlaagd van 150 euro naar 50 euro per behandeling. Tabel 1 toont de effecten van de maatregel voor 2027 en 2028, waarbij ook een uitsplitsing wordt gemaakt naar het effect op de eigen betalingen (de financieringsschuif) en de verandering van het zorggebruik (het gedragseffect).

**Tabel 1 De budgettaire effecten van maatregel 1 ten opzichte van het basispad, in mld euro (prijzen 2024)**

	2027	2028
	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>
Totale budgettaire effect (ex-ante effect op het EMU-saldo)	3,9*	4,2*
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (financieringsschuif)	1,9	1,9
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (gedragseffect)	2,1	2,2

\*Vanwege afronding komt de som van de financieringsschuif en het gedragseffect niet overeen met het totale effect op het EMU-saldo

### 3.2 Maatregel 2

Per 2027 wordt het verplichte eigen risico verlaagd naar 165 euro en wordt de maximale eigen bijdrage per behandeling in de medisch-specialistische zorg afgeschaft. Tabel 2 toont de effecten van de maatregel voor 2027 en 2028.

Het afschaffen van de maximale eigen bijdrage per behandeling zorgt voor een toename van het zorggebruik, omdat het zorggebruik van mensen minder vaak geremd wordt. Daarom zien we bij maatregel 2 een groter gedragseffect dan bij maatregel 1. Tegelijkertijd zorgt het afschaffen van de maximale eigen bijdrage per behandeling voor een toename van private betalingen; mensen gaan gemiddeld meer eigen risico betalen. Daarom zien we bij maatregel 2 een lagere financieringsschuif dan bij maatregel 1.

**Tabel 2 De budgettaire effecten van maatregel 2 ten opzichte van het basispad, in mld euro (prijzen 2024)**

	2027	2028
	<i>mln euro</i>	<i>mln euro</i>
Totale budgettaire effect (ex-ante effect op het EMU-saldo)	4,1	4,4
w.v. verandering opbrengst eigen betalingen (financieringsschuif)	1,6	1,7
w.v. verandering collectieve zorguitgaven (gedragseffect)	2,5	2,7

# Referenties

Brot-Goldberg, Z. C., Chandra, A., Handel, B. R., & Kolstad, J. T. (2017). What does a Deductible Do? The Impact of Cost-Sharing on Health Care Prices, Quantities, and Spending Dynamics\*. *The Quarterly Journal Of Economics*, 132(3), 1261–1318. <https://doi.org/10.1093/qje/qjx013>

Centraal Planbureau. (2024). *Analyse budgettaire en economische effecten van het hoofdlijnenakkoord 2025-2028* (p. 207). Geraadpleegd op 15 januari 2025, van <https://www.cpb.nl/analyse-hoofdlijnenakkoord-2025-2028>