

Een effectiever eigen risico in de zorg

Wanneer het eigen risico in de zorg voor chronisch zieken en ouderen niet begint bij nul, maar vanaf een hoger bedrag, dan zijn een groter remeffect en lagere eigen betalingen te verwachten.

Op 3 juli jl. heeft minister Klink een voorstel naar de Tweede Kamer gestuurd om de no-claimregeling in de Zorgverzekeringswet te vervangen door een verplicht eigen risico aan de voet van 150 euro per persoon per jaar. Chronisch zieken en gehandicapten gaan bij de nieuwe regeling een compensatie van 40 euro per jaar ontvangen omdat zij naar verwachting een hoger bedrag uit eigen zak betalen dan gezonde verzekerden (Tweede Kamer, 2007). Een belangrijk doel van eigen betalingen is het afremmen van overmatig zorggebruik. Zoals hieronder wordt beargumenteerd, heeft het genoemde voorstel twee belangrijke nadelen. In de eerste plaats is een eigen risico aan de voet niet effectief voor verzekerden met hoge verwachte kosten, zoals chronisch zieken en ouderen. In de tweede plaats brengt het afbakenen van de compensatiegroep diverse praktische en maatschappelijke problemen met zich mee. Dit artikel introduceert een alternatief (voor een eigen risico aan de voet) dat deze nadelen niet heeft.

Eigen risico aan de voet beperkt effectief

Eigen betalingen kunnen leiden tot een afname van zorggebruik (Newhouse, 1993). Een eigen risico aan de voet van 150 euro betekent dat de eerste 150 euro aan zorgkosten uit eigen zak worden betaald. Het remeffect bij een dergelijk systeem is nihil voor verzekerden die zeker weten dat hun zorgkosten de grens van 150 euro zullen overschrijden, zoals

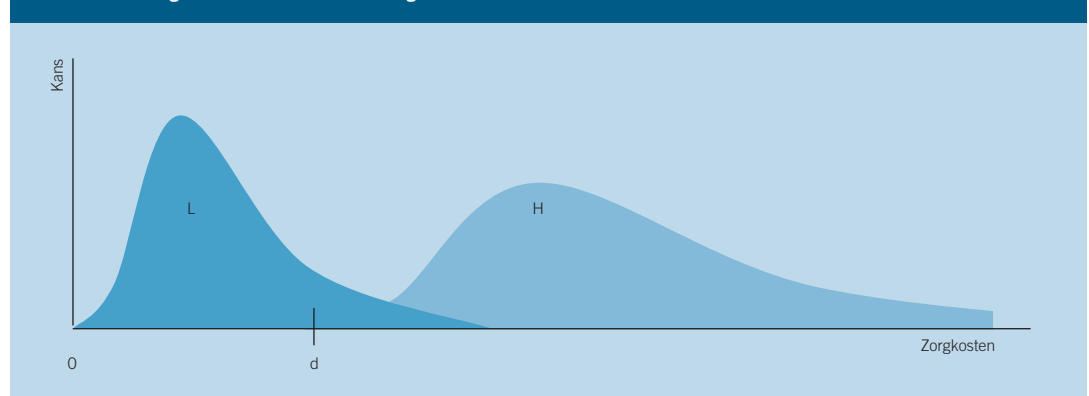
chronisch zieken. Dit kan eenvoudig worden geïllustreerd aan de hand van twee fictieve kansverdelingen in figuur 1. De linker verdeling heeft betrekking op de zorgkosten van gezonde verzekerde L (laag risico) en de rechter verdeling op de zorgkosten van chronisch zieke verzekerde H (hoog risico). Als gevolg van een aantal noodzakelijke behandelingen en geneesmiddelen heeft H naar verwachting hogere kosten dan L. Vanzelfsprekend zijn de verwachte kosten met onzekerheid omgeven, wat tot uitdrukking komt in de breedte van de verdeling.

Als een eigen risico aan de voet wordt ingevoerd van d euro dan heeft de gezonde verzekerde een aanzienlijke kans om onder het eigen-risicobedrag te blijven. Voor deze verzekerde leidt het afremmen van de zorgconsumptie naar verwachting tot lagere eigen betalingen en een voordeel voor de eigen portemonnee. Dit is anders voor de chronisch zieke verzekerde wiens kans om onder het eigen-risicobedrag te blijven nihil is. Zelfs een forse besparing leidt voor hem of haar naar verwachting niet tot lagere eigen betalingen: hij of zij zal zo goed als zeker bedrag d uit eigen zak betalen. Bijgevolg heeft deze verzekerde vrijwel geen enkele prikkel om de zorgconsumptie af te remmen.

Op het eerste gezicht lijkt deze redenering in strijd met eerdere onderzoeksresultaten betreffende het effect van eigen betalingen. Zo vond Newhouse (1993) in het RAND-experiment in de Verenigde Staten dat het effect van eigen risico's op de zorgconsumptie onafhankelijk is van de gezondheidstoestand van verzekerden. Een verklaring hiervoor is dat in het onderzoek sprake was van een zeer hoog eigen risico waarbij zelfs een flink deel van de chronisch zieken een behoorlijke kans had om onder het eigen-risicobedrag te blijven. Een eigen risico

figuur 1

Eigen risico aan de voet voor gezonde verzekerde L en chronisch zieke verzekerde H



RICHARD VAN KLEEF,
WYNAND VAN DE VEN
EN RENÉ VAN VLIET
Onderzoeker, hoogleraar,
respectievelijk onderzoeker
bij het Instituut Beleid en
Management Gezondheids-
zorg van de Erasmus
Universiteit Rotterdam

van 150 euro in de huidige Nederlandse zorgverzekering is van mindere omvang. (Ter vergelijking: het eigen risico in het RAND-experiment bedroeg 1.000 dollar (in dollars van 1980) tegenover 777 dollar gemiddelde totale kosten van zorg in het betreffende verzekeringspakket; het voorgestelde eigen risico in Nederland bedraagt 150 euro tegenover ongeveer 1.700 euro gemiddelde totale kosten van zorg in de basisverzekering van 2008.)

Het is aannemelijk dat het remeeffect bij een eigen risico aan de voet afneemt naarmate de kans op kosten boven het eigen-risicobedrag groter is. Naar verwachting heeft het voorgestelde eigen risico van 150 euro dus geen effect op de zorgconsumptie van verzekerden met hoge verwachte kosten. Dit terwijl het potentiële remeeffect juist bij deze groep substantieel is vanwege een grote kans op zorggebruik en een groot aantal keuzemomenten. Het kiezen van doelmatige behandelingen kan een forse kostenreductie opleveren.

Eigen risico aan de marge als alternatief

Figuur 2 illustreert een eenvoudige maatregel die het remeeffect voor chronisch zieke en oudere verzekerden vergroot. Het idee is het eigen risico te verschuiven van het kosteninterval $[0, d]$ naar $[s, s+d]$, waarbij de hoogte van startpunt s afhangt van relevante risicokenmerken van de verzekerde. In het fictieve voorbeeld zou een eigen risico aan de voet over het interval $[s_L, s_L+d]$ kunnen gelden voor de gezonde verzekerde en een verschoven eigen risico over het interval $[s_H, s_H+d]$ voor de chronisch zieke verzekerde, met $s_L < s_H$. Merk hierbij op dat het eigen-risicobedrag voor beide verzekerden gelijk is. Het is de kunst om s_L en s_H zodanig te bepalen dat voor beide verzekerden een substantiële kans bestaat dat het afremmen van de zorgconsumptie uiteindelijk leidt tot lagere betalingen uit eigen zak.

Zoals blijkt uit figuur 2, heeft een verschuiving van het startpunt twee belangrijke consequenties. Enerzijds verkleint het de kans om het eigen risico te overschrijden waardoor het remeeffect in zekere mate toeneemt. Anderzijds verkleint het ook de kans om het eigen risico te bereiken waardoor het remeeffect in zekere mate afneemt. Voor verzekerden met hoge verwachte kosten is het aannemelijk dat tot een bepaald kostenniveau het eerste effect groter is dan het tweede. Het optimale startpunt voor een verzekerde is afhankelijk van zijn of haar risicoprofiel. Een belangrijke vraag is hoe dit risicoprofiel in de praktijk moet worden vastgesteld. Een mogelijke toepassing is het indelen van verzekerden in risicogroepen op basis van relevante kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, gezondheid en historische kosten. Vervolgens kan voor iedere risicogroep een startpunt worden bepaald aan de hand van verdelingsparameters, zoals het gemiddelde, de mediaan of modus van zorgkosten, zodat het eigen risico voor iemand met hoge verwachte kosten verder wordt verschoven dan voor iemand met lage verwachte kosten. Een criterium dat vanuit theoretisch oogpunt zinvol lijkt, is

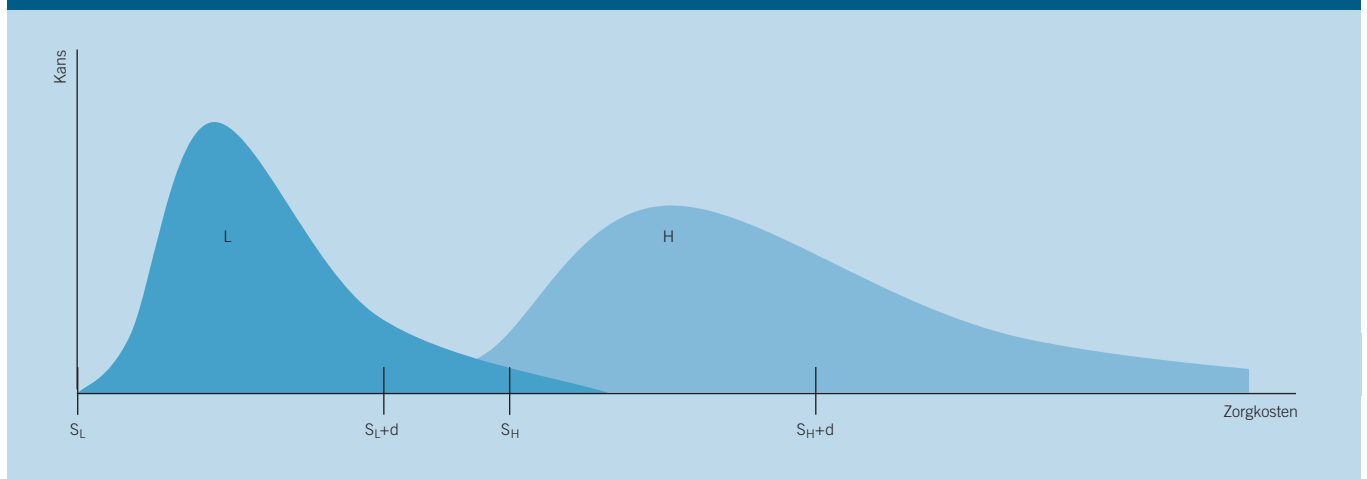
de variantie van de verwachte eigen betaling. De gedachte hierachter is dat het remeeffect van een eigen risico het grootst is bij maximale onzekerheid over de uiteindelijke hoogte van de eigen betaling. Zoals hierboven is beargumenteerd, heeft iemand met hoge verwachte kosten een kans van (nagenoeg) 1 op overschrijding van een eigen risico aan de voet (d.w.z. $s=0$). Anderzijds heeft dezelfde persoon een kans van (nagenoeg) 0 op het bereiken van een eigen risico met een extreem hoog startpunt (bijvoorbeeld $s=100.000$). Hoewel de hoogte van de eigen betaling in het eerste geval maximaal is en in het tweede geval minimaal, is de variantie in beide gevallen nihil. Ergens tussen deze twee uitersten is de onzekerheid over de uiteindelijke hoogte van de eigen betalingen het grootst. Het is niet ongebruikelijk om de variantie als maatstaf voor onzekerheid te hanteren (Pratt, 1964).

Gecompliceerde compensatie minder noodzakelijk

Naast de grotere effectiviteit heeft een eigen risico aan de marge nog een ander voordeel ten opzichte van een eigen risico aan de voet, te weten: lagere eigen betalingen. In het geval van een eigen risico aan de voet betalen chronisch zieken naar verwachting meer uit eigen zak dan gezonde verzekerden. Dit is een belangrijk punt in de maatschappelijke discussie rond de invoering van het eigen risico. In het wetsvoorstel staat dat chronisch zieken en gehandicapten een compensatie van 40 euro per jaar ontvangen, waarbij Farmacie Kosten Groepen (FKG's) worden gebruikt als criterium voor het afbakenen van deze groep. FKG's worden gebruikt in de risicoverevening als voorspeller voor hoge kosten die voortkomen uit chronische aandoeningen. Een verzekerde wordt ingedeeld in een FKG als hij of zij minimaal 180 dagdoseringen van een geneesmiddel voor de betreffende chronische ziekte heeft voorgeschreven gekregen. Het wetsvoorstel zegt dat verzekerden die in 2006 en 2007 in een FKG waren ingedeeld, in 2008 een compensatie ontvangen.

figuur 2

Verschuiven eigen risico voor chronisch zieke verzekerde H



Het afbakenen van de compensatiegroep brengt diverse maatschappelijke en praktische problemen met zich mee. In de eerste plaats kan onvrede ontstaan bij honderdduizenden chronisch zieken die buiten de boot vallen omdat voor hun aandoening geen FKG bestaat. Hierbij kan worden gedacht aan verzekerden met een hoge bloeddruk, maagaandoeningen of migraine. Hetzelfde geldt voor patiënten met hoge verwachte kosten ten gevolge van een zware ziekenhuisbehandeling. Ook zij zullen geen compensatie ontvangen omdat ziekenhuiskosten bij de FKG-indeling buiten beschouwing worden gelaten. Een bijzondere groep hierbij is die van kankerpatiënten. Een deel van hen wordt in het ziekenhuis behandeld en komt niet in een FKG terecht. Een ander deel krijgt buiten het ziekenhuis medicijnen voorgeschreven en komt in de FKG voor kanker terecht (Tweede Kamer, 2006). Als FKG's worden gebruikt als criterium bij de compensatieregeling, dan ontvangt een deel van deze patiënten wel een compensatie, maar anderen met dezelfde aandoening niet. Een ander probleem heeft betrekking op de instabiliteit van de FKG-indeling. Eerder onderzoek heeft uitgewezen dat tenminste 10 procent van de verzekerden die in enig jaar in een FKG waren ingedeeld in geen van de vier volgende jaren in een FKG zat (Van Vliet en Prinsze, 2003). Het wetsvoorstel speelt hierop in door uitsluitend verzekerden te compenseren die twee (opeenvolgende) jaren in een FKG zaten. Desondanks zullen tienduizenden verzekerden het ene jaar wél een compensatie ontvangen en het volgende jaar niet terwijl zij zich nog steeds chronisch ziek voelen.

Bij een gelijke kans op overschrijding is de verwachte eigen betaling van alle verzekerden min of meer gelijk, ongeacht verschillen in gezondheid. Dit maakt een compensatie voor chronisch zieken overbodig. De hoogte van de verwachte eigen betaling zou zelfs als beoordelingscriterium kunnen gelden bij het vaststellen van het startpunt per risicogroep.

Complexe afwegingen

Bij het toepassen van eigen risico's aan de marge moeten belangrijke afwegingen worden gemaakt tussen hanteerbaarheid, transparantie, remeffecten en solidariteit. Een eerste afweging betreft de risicokenmerken die worden gebruikt voor het vaststellen van risicogroepen. Risicogroepen op basis van leeftijd zijn hanteerbaar en begrijpelijk. Desondanks zijn de remeffecten bij een naar leeftijd gedifferentieerd startpunt waarschijnlijk niet optimaal voor verzekerden met een bovengemiddelde (on)gezondheid binnen een leeftijdsgroep. Risicogroepen op basis van leeftijd en gezondheid komen tegemoet aan remeffecten en solidariteit, maar zijn minder transparant en minder hanteerbaar. Cruciaal is bijvoorbeeld welke criteria worden gebruikt als indicatie voor de gezondheidstoestand. Historische kosten zijn begrijpelijk voor het publiek en hebben een hoge voorspelkracht, maar kunnen worden beïnvloed door verzekerden. Farmacie Kosten Groepen kunnen minder

goed worden beïnvloed, maar zijn ook minder transparant en hebben een lagere voorspelkracht dan historische kosten. Hetzelfde geldt voor Diagnose Kosten Groepen, die momenteel in de risicoverevening worden gebuikt als voorspeller voor hoge kosten ten gevolge van ziekenhuisopnamen. Naar verwachting zal een leeftijdsgerelateerd startpunt echter al een substantiële verbetering geven ten opzichte van een eigen risico aan de voet.

Een tweede afweging betreft het aantal te onderscheiden risicogroepen. Bij een leeftijdsgerelateerd startpunt kunnen dit er twee zijn, bijvoorbeeld $s=0$ voor verzekerden jonger dan 65 jaar en $s=1.000$ voor verzekerden van 65 jaar of ouder. Maar er kunnen ook twintig leeftijdsgroepen worden onderscheiden waarbij het startpunt geleidelijk oploopt. Een toename van differentiatie leidt tot een toename van het remeffect omdat het startpunt beter wordt afgestemd op de individuele verzekerde. Verfijnde differentiatie gaat echter ten koste van hanteerbaarheid en transparantie vanwege de lange lijst van risicogroepen en startpunten.

Een derde belangrijke afweging heeft betrekking op het criterium voor het bepalen van het startpunt binnen een risicogroep. Zoals beargumenteerd, is de variantie van de verwachte eigen betaling vanuit theoretisch oogpunt een plausibel criterium voor het optimaliseren van het remeffect. Dit geldt in mindere mate voor het gemiddelde, de mediaan en modus. Vanuit praktisch oogpunt is de hanteerbaarheid van de laatstgenoemde criteria groter, waarbij het gemiddelde van de eigen betaling het meest tegemoet komt aan solidariteit.

Samenhang met vrijwillig eigen risico

De Zorgverzekeringswet biedt verzekerden de mogelijkheid te kiezen voor een vrijwillig eigen risico tot een maximum van 500 euro. Hier brengt de voorgestelde wetswijziging geen verandering in. In de huidige situatie is het vrijwillig eigen risico onaantrekkelijk voor chronisch zieken omdat hun verwachte eigen betaling hoger is dan de (doorsnee)premiekorting. Bij een verplicht eigen risico aan de marge zou het vrijwillig eigen risico kunnen meeverhuizen. Gegeven het startpunt, kan iedere verzekerde zijn of haar eigen risico dan vrijwillig verhogen van 150 euro tot een maximum van 650 euro. Deze maatregel kan ervoor zorgen dat een vrijwillig eigen risico voor chronisch zieke verzekerden aantrekkelijk wordt.

Conclusie

In dit artikel wordt voorgesteld het eigen risico voor chronisch zieken en ouderen niet te laten beginnen bij nul, maar vanaf een hoger bedrag. Een eigen risico aan de marge leidt tot lagere eigen betalingen en een groter remeffect dan een eigen risico aan de voet. Het eerste effect maakt de gecompliceerde compensatie voor chronisch zieken minder noodzakelijk en het tweede effect leidt tot een afname van de gemiddelde zorgkosten. Per risicogroep kan het startpunt worden gekoppeld aan verdelingskenmerken van de verwachte eigen betaling. Risicogroepen kunnen worden gedefinieerd op basis van risicokenmerken als leeftijd, geslacht, gezondheid en historische kosten. Voor het bepalen van zowel risicogroepen als het startpunt dient een afweging te worden gemaakt tussen hanteerbaarheid, transparantie, remeffecten en solidariteit. Naar verwachting zal een leeftijdsgerelateerd startpunt echter al een substantiële verbetering geven ten opzichte van een eigen risico aan de voet. Nader empirisch onderzoek is nodig om beter inzicht te krijgen in deze aspecten.

LITERATUUR

- Newhouse, J.P. (1993) *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.
- Pratt, J.W. (1964) Risk aversion in the small and the large. *Econometrica*, 32(1/2), 122-136.
- Tweede Kamer (2006) *Herziening Zorgstelsel*, 29 689, nr. 99.
- Tweede Kamer (2007) *Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimterug-gave door een verplicht eigen risico*, 31 094, nr. 1-4.
- Vliet, R.C.J.A. van en F.J. Prinsze (2003) *Onderhoud FKG's en nader vervolgonderzoek naar DKG's voor toepassing in het ZFW-verdeelmodel 2004*, WOVN 612, Deel 3, 91.