

Een solidair eigen risico in de zorg

Een alternatieve vormgeving van het eigen risico voor chronisch zieken bevordert solidariteit, maakt de compensatieregeling overbodig en leidt per saldo tot lagere collectieve uitgaven.

In de komende regeerperiode moeten keuzes worden gemaakt met betrekking tot de hoogte en vormgeving van het verplicht eigen risico in de basisverzekering. Bij de doorrekening van hun verkiezingsprogramma zijn de meeste politieke partijen uitgegaan van een, al dan niet inkomensafhankelijke, verhoging van het eigen risico. Bijna al deze partijen kiezen voor het principe van een eigen risico aan de voet: per kalenderjaar komen zorgkosten eerst ten laste van het eigen risico van de verzekerde; pas daarna gaat de verzekeraar over tot vergoeding. Een onvermijdelijke consequentie van een eigen risico aan de voet is dat chronisch zieken gemiddeld meer uit eigen zak betalen dan gezonde verzekerden. Bij een verhoging van het eigen risico wordt dit verschil in gemiddelde eigen betaling groter met als gevolg dat zonder compensatieregeling voor chronisch zieken de risicosolidariteit afneemt en dat met een dergelijke regeling de overheid substantieel meer geld moet uittrekken voor compensatie dan thans het geval is. Met risicosolidariteit wordt bedoeld: de mate waarin de groep gezonde verzekerden bijdraagt aan de zorgkosten van de groep chronisch zieken. Bij een alternatieve vormgeving van het eigen risico kan de gemiddelde eigen betaling van de groep chronisch zieken dalen tot die van de groep gezonde verzekerden, wat solidariteit bevordert en de compensatieregeling overbodig maakt. Bovendien gaat van de alternatieve vormgeving een sterkere stimulans tot doelmatig zorggebruik uit dan van het huidige eigen risico aan de voet.

Keuzes in kaart

De basisverzekering kent een verplicht en een vrijwillig eigen risico. Waar wordt gesproken over het eigen risico wordt het verplicht eigen risico bedoeld, tenzij expliciet anders vermeld. Tabel 1 vat de keuzes rond het eigen risico in de basisverzekering samen voor wat betreft de negen verkiezingsprogramma's gepresenteerd in het rapport Keuzes in kaart van het Centraal Planbureau (CPB, 2010a). Ter vergelijking geeft de eerste rij het basispad weer dat het CPB (2010b) hanteert bij de economische verkenning 2011–2015 en toont de tweede rij het huidige eigen risico op het niveau van 2015 als dat zou worden geïndexeerd op de wijze zoals bepaald in de Zorgverzekeringswet. Zeven van de negen partijen

kieszen voor verhoging van het eigen risico, een voor gelijkhouding en een voor afschaffing. De VVD is als enige partij voornemens de compensatieregeling voor chronisch zieken af te schaffen.

Verschillen in eigen betaling

Bij het huidige eigen risico aan de voet is de eigen betaling voor de groep chronisch zieken gemiddeld hoger dan voor overige verzekerden. Chronisch

Kader 1

Solidariteit bij een inkomensafhankelijk eigen risico of een procentuele bijbetaling.

Zoals aangegeven in het rapport *Keuzes in kaart* (CPB, 2010a), kiezen PvdA, GroenLinks, Christen-Unie, D66 en SGP voor een inkomensafhankelijk eigen risico. D66 kiest daarbij ook nog eens voor een procentuele bijbetaling, wat inhoudt dat per behandeling slechts een percentage van de kosten onder het eigen risico valt in plaats van het gehele bedrag. Opgemerkt zij dat deze maatregelen niet zullen voorkomen dat het eigen risico leidt tot een afname van risicosolidariteit. Door het eigen risico inkomensafhankelijk te maken, neemt de inkomenssolidariteit, dat wil zeggen de mate waarin hoge inkomens bijdragen aan de zorgkosten van lage inkomens, weliswaar toe, maar zullen chronisch zieken binnen eenzelfde inkomensgroep nog altijd meer uit eigen portemonnee betalen dan jonge, gezonde verzekerden. De mate van risicosolidariteit zal hooguit iets toenemen doordat inkomens deels samenhangt met het al dan niet hebben van een chronische aandoening. Ook een procentuele bijbetaling zal niet voorkomen dat het eigen risico leidt tot een afname van risicosolidariteit. Wanneer slechts een percentage van de kosten per behandeling onder het eigen risico valt in plaats van het gehele bedrag, zullen zowel chronisch zieken als gezonde verzekerden op jaarbasis weliswaar minder kosten uit eigen portemonnee betalen dan thans het geval is, maar zal de eerste groep nog altijd meer betalen dan de tweede. Het onderscheid tussen een inkomensafhankelijk eigen risico, een procentuele bijbetaling en een eigen risico aan de voet is voor de argumentatie voor het verschoven eigen risico dus niet relevant, aangezien bij alle drie de vormen de eigen betaling voor chronisch zieken gemiddeld hoger is dan voor overige verzekerden.

SINDS 1916

RICHARD C. VAN KLEEF

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

WYNAND P.M.M. VAN DE VEN

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

RENÉ C.J.A. VAN VLIET

Universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

zieken ontvangen hiervoor een compensatie van 54 euro per jaar. De volgende mensen komen voor compensatie in aanmerking: zij die in elk van de twee voorliggende jaren meer dan 180 standaard-dagdoseringen van medicijnen met een specifieke stof hebben gebruikt, zij die in elk van de twee voorliggende jaren voor een specifieke behandeling opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis en zij die op 1 juli in het jaar van compensatie minstens een half jaar aaneengesloten in een AWBZ-instelling hebben verbleven. In totaal komt dit neer op circa 1,9 miljoen compensatiegerechtigden (ECORYS, 2010). Tabel 2 illustreert hoe het verschil in eigen betaling tussen de compensatiegroep en overige verzekerden bij een verhoging van het eigen risico toeneemt. Hierbij is er voor de eenvoud van uitgegaan dat alle compensatiegerechtigden het eigen risico vol maken, zowel bij een bedrag van 165 euro als bij een bedrag van 775 euro per persoon per jaar. Bij een verhoging van het huidige eigen risico naar een bedrag van 775 euro neemt het verschil in gemiddelde eigen betaling toe van 54 euro naar 427 euro per jaar. Bij afschaffing van de compensatieregeling betekent een verhoging van het eigen risico dus een forse afname van risicosolidariteit terwijl bij handhaving van deze regeling de overheid veel meer geld voor compensatie moet uittrekken dan thans het geval is. Uitgaande van 1,9 miljoen compensatiegerechtigden en de cijfers in tabel 2, zou bij een stijging van het eigen risico naar 775 euro het totaalbedrag aan compensatie met ongeveer 700 miljoen euro toenemen.

Verschoven eigen risico als alternatief

Een alternatieve vormgeving van het eigen risico voorkomt een afname van risicosolidariteit en maakt de compensatieregeling overbodig. De alternatieve vormgeving houdt in dat voor chronisch zieken het eigen risico pas ingaat nadat een bedrag s aan zorgkosten is gemaakt, waarbij s zodanig wordt vastgesteld dat de groep chronisch zieken gemiddeld evenveel uit eigen zak betaalt als de groep overige verzekerden. Voor het huidige eigen risico zou dit betekenen dat chronisch zieken niet de kosten tussen 0 en 165 euro uit eigen zak betalen maar de kosten tussen s en $s+165$ euro. In feite verschuift het eigen risico van kosteninterval $(0, 165)$ naar $(s, s+165)$.

Voordelen van een verschoven eigen risico

Het verschoven eigen risico voor chronisch zieken heeft een aantal belangrijke voordelen ten opzichte van het huidige eigen risico aan de voet. In de eerste plaats kan de gemiddelde eigen betaling van

Bij afschaffing van de compensatieregeling betekent een verhoging van het eigen risico dus een forse afname van risicosolidariteit terwijl bij handhaving van deze regeling de overheid veel meer geld voor compensatie moet uittrekken dan thans het geval is

de groep chronisch zieken worden gelijkgesteld aan die van overige verzekerden, ook bij een eventuele stijging van het eigen risico.

In de tweede plaats kan bij een gelijke eigen betaling de compensatieregeling voor chronisch zieken worden afgeschaft. Uitgaande van de cijfers in tabel 2 en 1,9 miljoen compensatiegerechtigden, levert dat een verlaging van de collectieve uitgaven op van circa honderd miljoen euro per jaar bij een eigen risico van 165 euro en achthonderd miljoen euro per jaar bij een eigen risico van 775 euro. Daarnaast leidt het afschaffen van deze regeling tot een besparing in administratieve lasten van circa tien miljoen euro per jaar (ECORYS, 2010).

In de derde plaats leidt het verschoven eigen risico voor chronisch zieken naar verwachting tot meer doelmatigheid vanwege een groter remgeldeffect. Met het remgeldeffect wordt bedoeld dat bij een eigen risico de prijsgevoeligheid van verzekerden toeneemt, waardoor zij minder zorg zullen gebruiken (Newhouse, 1993). Bij een eigen risico aan de voet is het remgeldeffect voor chronisch zieken relatief beperkt omdat zij nauwelijks prijsgevoelig zijn. Zij maken het eigen risico jaarlijks

vrijwel zeker vol waardoor amper stimuli bestaan om een bezoek aan de dokter te vermijden of om bij twee gelijkwaardige behandelingen de goedkoopste te kiezen. Anders gezegd is er voor deze mensen geen reden om op de kosten te letten omdat dit uiteindelijk geen besparing oplevert voor de eigen portemonnee. Ten opzichte van een eigen risico aan de voet, is bij een verschoven eigen risico de kans om het eigen risico vol te maken veel kleiner, waardoor de prijsgevoeligheid en het remgeldeffect naar verwachting groter zijn (Van Kleef *et al.*, 2007). Volgens Van de Ven en Schut (2010) kan een verschoven eigen risico voor chro-

Tabel 1

Keuzes rond het eigen risico zoals gehanteerd in de doorrekening van de verkiezingsprogramma's (niveau 2015 in euro).

	Eigen risico	Gemiddeld eigen risico	Compensatie chronisch zieken
Basispad CPB	775	775	–
Huidig eigen risico	210	210	Ja
CDA	230	230	Ja
PvdA	200–600 ^{1,2}	340	Ja
SP	0	0	–
VVD	300	300	Nee
PVV	210	210	Ja
GroenLinks	150–300 ¹	230	Ja
ChristenUnie	200–600 ¹	340	Ja
D66	210–400 ¹	350	Ja
SGP	150–500 ¹	285	Ja

¹ Inkomensafhankelijk eigen risico.

² Na doorrekening van het CPB gewijzigd.

Bron: CPB, 2010a

Tabel 2

Gemiddelde eigen betaling bij eigenrisicobedragen van 165 euro en 775 euro per volwassene per jaar.

	Gemiddelde eigen betaling chronisch zieken (I)	Gemiddelde eigen betaling overige verzekerden (II)	Compensatie chronisch zieken = (I) – (II)
Eigen risico aan de voet van 165 euro	165	111	54
Eigen risico aan de voet van 775 euro	775	348	427

Bron: CPB, 2010a

nisch zieken, afhankelijk van de gemaakte veronderstellingen, een extra remgeldeffect van enkele miljarden euro's per jaar opleveren.

In de vierde plaats kan het voor chronisch zieken aantrekkelijk zijn het verschoven eigen risico vrijwillig te verhogen. Bij het huidige eigen risico aan de voet hebben chronisch zieken een kans van bijna 1 om het eigenrisicobedrag te overschrijden. Aangezien de premiekortingen een stuk lager zijn dan het eigenrisicobedrag, is een vrijwillig eigen risico voor hen bijna per definitie verliesgevend. Bij een verschoven eigen risico is de kans op overschrijding veel kleiner waardoor een vrijwillig eigen risico voor chronisch zieken, net als voor gezonden, winstgevend kan zijn. Dit kan als solidair worden beschouwd en zal er bovendien toe leiden dat meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico waardoor het remgeldeffect verder wordt vergroot.

Afname collectieve uitgaven

Ten opzichte van het huidige eigen risico van 165 euro beïnvloedt een verschoven eigen risico van 165 euro op vier manieren de collectieve uitgaven: het remgeldeffect neemt toe waardoor de zorgkosten afnemen, de gemiddelde eigen betaling van chronisch zieken neemt af met 54 euro, de compensatie voor chronisch zieken van 54 euro kan verdwijnen en de uitvoeringskosten van de compensatieregeling kunnen komen te vervallen. Het eerste en vierde effect verlagen de collectieve uitgaven terwijl het tweede en derde effect elkaar opheffen. Per saldo leidt een verschoven eigen risico dus tot lagere collectieve uitgaven dan het eigen risico aan de voet.

Praktische toepassing

Een nadeel van een verschoven eigen risico is dat het minder transparant is dan een eigen risico aan de voet. Bij een verschoven eigen risico dienen verzekerden nauwkeurig te worden ingelicht over het principe van de regeling en de hoogte van de gemaakte zorgkosten gedurende het jaar. Zonder kennis van deze zaken zullen verzekerden nauwelijks kostenbewust handelen waardoor het remgeldeffect gering zal zijn. Bij het implementeren van het verschoven eigen risico is het daarom verstandig te beginnen met een relatief eenvoudige variant zodat verzekerden kunnen wennen aan het principe. Een eerste stap kan zijn om het eigen risico uniform te verschuiven voor verzekerden die momenteel in aanmerking komen voor compensatie. Op basis van eerder onderzoek mag worden verwacht dat bij een eigen risico van 165 euro het startpunt zal uitkomen rond de duizend euro, wat inhoudt dat iedereen in de afgebakende groep de kosten tot duizend euro krijgt vergoed en dat pas daarna het eigen risico van 165 euro gaat gelden (Van Kleef, 2008). In een later stadium, wanneer verzekerden gewend zijn aan het principe van een verschoven eigen risico en verzekeraars hun bedrijfsvoering hierop hebben aangepast, kan het afbakeningscriterium worden verfijnd en het startpunt worden gedifferentieerd naar bijvoorbeeld leeftijd en het type chronische aandoening. Verfijning van het afbakeningscriterium is wenselijk omdat momenteel niet alle verzekerden met voorspelbaar hoge kosten voor compensatie in aanmerking komen. Zo vallen bijvoorbeeld zeldzame aandoeningen, hoog cholesterol, maagaandoeningen en migraine buiten het huidige afbakeningscriterium van de compensatieregeling. Differentiatie van het startpunt is wenselijk om rekening te houden met voorspelbare kostenverschillen binnen de afgebakende groep.

Conclusie

Met een verschoven eigen risico kan de gemiddelde eigen betaling voor de groep chronisch zieken dalen tot die van overige verzekerden. Het eigen risico voor chronisch zieken gaat dan pas in nadat een bepaald bedrag aan zorgkosten is gemaakt. Bij deze alternatieve vormgeving leidt een verhoging van het eigen risico, zoals bepleit door de meeste politieke partijen, niet tot een afname van risicosolidariteit en wordt de compensatieregeling voor chronisch zieken overbodig. Bovendien leidt een verschoven eigen risico naar verwachting tot een groter

Bij het huidige eigen risico aan de voet hebben chronisch zieken een kans van bijna 1 om het eigenrisicobedrag te overschrijden

remgeldeffect dan het huidige eigen risico omdat chronisch zieken dan een grote kans hebben dat het vermijden van onnodig zorggebruik uiteindelijk een voordeel oplevert voor de eigen portemonnee. Een verschoven eigen risico bevordert dus solidariteit, maakt de compensatieregeling overbodig en leidt per saldo tot lagere

collectieve uitgaven dan het huidige eigen risico aan de voet.

LITERATUUR

- Centraal Planbureau (2010a) *Keuzes in kaart 2011–2015*. CPB Bijzondere Publicatie, 85.
- Centraal Planbureau (2010b) *Economische verkenning 2011–2015*. CPB Document, 203.
- ECORYS (2010) *Evaluatie naar verplicht eigen risico*. Rotterdam: Ecorys.
- Kleef, R.C. van (2008) *Voluntary deductibles and risk equalization: a complex interaction*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2007) Een effectiever eigen risico in de zorg. *ESB*, 92(4515), 459–461.
- Newhouse, J.P. (1993) *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Ven, W.P.M.M. van de, en F.T. Schut (2010) Is de Zorgverzekeringswet een succes? *Tijdschrift voor Politieke Economie*, 4(1), 1–24.