



Eigen betalingen en de solidariteit in het ziekenfonds

Auteur(s):

Bakker, F.M.

De auteur is werkzaam bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam. Met dank aan Wynand van de Ven, Ad Vermaas en René van Vliet voor hun commentaar op een eerdere versie.

Verschenen in:

ESB, 81e jaargang, nr. 4041, pagina 58, 17 januari 1996

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

Binnenkort valt een beslissing te verwachten over eigen betalingen in de ziekenfondsverzekering. Vergelijking van twee vormen, een eigen risico en een procentuele bijbetaling tot een bepaald maximum, leert dat een eigen risico een sterker remmend effect op de consumptie lijkt te hebben, vermoedelijk minder uitvoeringskosten zal kennen en vooral: zorgt voor meer solidariteit tussen gezonden en zorgbehoeftigen.

Eigen betalingen in de ziekenfondsverzekering is een politiek beladen onderwerp. In de laatste weken van 1995 is de discussie opnieuw opgelaaid naar aanleiding van het rapport van de VB Groep naar de mogelijkheden van invoering van een IZA-achtig systeem van eigen betalingen in de ziekenfondsverzekering, dat wil zeggen een procentuele bijbetaling tot een inkomensafhankelijk maximum. Het kabinet overweegt nu - in tegenstelling tot het in het regeerakkoord afgesproken eigen risico van f 200 - een procentuele bijbetaling in de ziekenfondsverzekering te introduceren tot een maximum van f 200.

In dit artikel zal het eigen risico worden vergeleken met een procentuele bijbetaling. Daarbij wordt uitgegaan van hetzelfde door de consument te betalen maximale bedrag: een verzekering met een eigen risico van f 200 wordt vergeleken met een verzekering waarbij de consument 25% van de eerste f 800 aan ziektekosten zelf moet bijbetalen. De reden van deze keuze is dat het maximum aan eigen betalingen bepalend is voor de inkomensgevolgen van een maatregel, en die inkomensgevolgen spelen in de politieke discussie een belangrijke rol.

Bij de vergelijking komen drie aspecten aan de orde. Eerst zal het effect van de vorm van eigen betaling op de hoogte van de ziektekosten worden besproken: het remgeldeffect. Wordt de grootste kostenvermindering bereikt met een eigen risico of een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum? Dit remgeldeffect is een reden waarom veel ziektekostenverzekeringen een vorm van eigen betaling kennen. Daarnaast zullen de uitvoeringskosten van eigen betalingen in de ziekenfondsverzekering worden behandeld. Wat is minder duur qua uitvoering: een eigen risico of een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum? Als laatste punt zal - ten opzichte van de huidige situatie - het effect van een eigen risico op de individuele koopkracht worden vergeleken met procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum. Bij welk systeem van eigen betaling is de solidariteit tussen gezonden en zorgbehoeftigen het beste gewaarborgd?

Remgeldeffect

Eigen betalingen in de gezondheidszorg zorgen in het algemeen voor een kostenreducerend effect. Verzekerden worden door een verzekering met een vorm van eigen betaling zich bewuster van de kosten van de gezondheidszorg en voelen dit ook rechtstreeks in hun portemonnee. Een volledige verzekering geeft verzekerden geen enkele prikkel tot kostenbewustzijn en leidt in het algemeen tot 'moral hazard': meer consumptie ten gevolge van verzekering¹. Dit is een belangrijke reden waarom veel ziektekostenverzekeringen een vorm van eigen betaling hebben.

Welke vorm van eigen betaling is als remgeld effectiever: een eigen risico of een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum aan eigen betaling? De werking van een eigen risico is sterker omdat bij een eigen risico in het begin 100 procent van de ziektekosten moet worden 'bijbetaald'. Het consumptieremmend effect houdt bij een eigen risico echter korter aan dan bij een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum, omdat in het laatste geval meer ziektekosten moeten worden gemaakt voordat geen eigen betaling meer verschuldigd is.

Een eigen risico werkt dus sterker, doch korter dan procentuele bijbetaling. Welk effect is het belangrijkste? Uit het Amerikaanse RAND-Ziektekostenverzekeringsexperiment bleek dat een eigen risico de vraag naar zorg sterker afremt dan een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum². Vanzelfsprekend is wel van belang in hoeverre verzekerden in staat zijn te anticiperen op het bereiken van het maximum aan eigen betaling. Bij het RAND-Experiment waren de maxima hoog (tot 1000 dollar, 1974-1982) vergeleken met de maxima die in de Nederlandse ziekenfondsverzekering worden voorgesteld. Bij een lager eigen risico zullen meer mensen hogere ziektekosten maken dan dit eigen risico, waardoor het consumptieremmende effect in theorie verdwijnt.

Toch hoeft dit effect zich niet altijd voor te doen. Bij het RAND-experiment bleek dat zich bij de klinische zorg een 'inhaal-effect' voordeed bij het bereiken van het maximumbedrag aan eigen betalingen, maar bij de niet-klinische zorg was ook na het bereiken van dit bedrag sprake van een remgeldeffect. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn onwetendheid (van het bereiken van het maximumbedrag), een blijvende mentaliteitsverandering ten aanzien van het gebruik van zorgvoorzieningen, of het feit dat het gebruik van zorg aan het einde van het verzekeringsjaar kan betekenen dat ook in het nieuwe verzekeringsjaar kosten gemaakt moeten worden (die dan voor eigen

rekening komen).

Wat betreft het remgeldeffect lijkt - op grond van de resultaten van het RAND-Experiment - het eigen risico beter te werken dan procentuele bijbetaling.

Uitvoeringskosten

Bij de particuliere ziektekostenverzekering is een eigen risico een middel om de administratiekosten voor de verzekeraar te reduceren. Voor verzekerden met kosten tot het bedrag aan eigen risico blijft de verzekeraar voor de financiële afhandeling van de gebruikte zorg door het restitutiestelsel veelal buiten schot. Bij een procentuele bijbetaling is dit niet het geval. Bij een dergelijke vorm van eigen betaling zijn altijd drie partijen betrokken bij de financiële afhandeling: de zorgaanbieder, de verzekerde en de verzekeraar.

De ziekenfondsverzekering kent echter een vergoedingensysteem volgens het naturastelsel. Eigen betalingen zullen bij een dergelijk systeem extra uitvoeringskosten met zich meebrengen. Het eigen risico lijkt het echter nooit slechter te doen dan een procentuele bijbetaling omdat bij het eigen risico gemiddeld genomen minder, maar hogere bedragen moeten worden betaald dan bij een procentuele bijbetaling. De hoogte van het bedrag is voor de uitvoeringskosten niet zozeer van belang. De frequentie van betaling wel en die ligt bij een procentuele bijbetaling nooit lager dan bij een eigen risico. Met het eigen risico van $f 200$ zijn geen extra administratiekosten meer nodig bij ziektekosten boven de $f 200$ terwijl bij een bijbetaling van 25 procent tot hetzelfde maximum tot $f 800$ aan ziektekosten extra administratiekosten moeten worden gemaakt.

In het naturastelsel is qua uitvoering een eigen risico vermoedelijk minder duur doordat de frequentie van eigen betaling bij een eigen risico nooit hoger ligt dan die bij een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum.

Individuele koopkracht

Met de mogelijkheden tot premiekorting - en dus het effect op de individuele koopkracht - is een duidelijk verschil te zien tussen een eigen risico en een procentuele bijbetaling. Bij de introductie van een verplicht eigen risico of een verplichte procentuele bijbetaling kan vanzelfsprekend de premie omlaag. De ziekenfondspremie is opgebouwd uit een nominaal gedeelte en een inkomensafhankelijk gedeelte. Bij de onderstaande beschouwingen wordt uitgegaan van een uniforme premiekorting. Een dergelijke premiekorting komt overeen met de gemiddelde eigen betaling. Hierbij wordt zowel afgezien van eventuele premie-opslagen in verband met uitvoeringskosten als van een premiëreductie vanwege een mogelijk remgeldeffect ³.

De gemiddelde eigen betaling ligt bij een eigen risico hoger dan bij een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum. Bij een eigen risico van $f 200$ hebben alle verzekerden met kosten hoger dan $f 200$ een eigen betaling van $f 200$ terwijl bij een bijbetaling van 25 procent over de eerste $f 800$ aan kosten, slechts diegenen een eigen betaling hebben van $f 200$ die meer dan $f 800$ aan kosten maken. Bij een procentuele bijbetaling vindt dus een geringere kostenverschuiving van verzekeraar naar verzekerde plaats. In dit voorbeeld is de gemiddelde eigen betaling bij de procentuele bijbetaling gelijk aan 25 procent van de gemiddelde eigen betaling bij een eigen risico van $f 800$. Immers, over de eerste $f 800$ kosten moet de verzekerde 25 procent zelf betalen.

Voor een basispakket zorg dat ongeveer overeenkomt met de dekking van de ziekenfondsverzekering in 1996 is voor diverse eigen risico's - ter indicatie

- de verwachte eigen betaling berekend op individueel niveau. Ter bepaling van de verwachte eigen betaling is gebruik gemaakt van het 'two-part'-model ⁴. In een dergelijk model zijn de ziektekosten in twee stappen gemodelleerd: namelijk (1) de kans op kosten, en (2) de hoogte van de kosten, gegeven dat deze groter dan nul zijn. De kans dat een ziekenfondsverzekerde in een jaar ziektekosten maakt is ongeveer 90%. De gemiddelde individuele kosten zullen naar verwachting in 1996 ongeveer $f 2000$ bedragen ⁵. De positieve kosten worden verondersteld lognormaal verdeeld te zijn, met een 'variatie-coëfficiënt' (spreidingsmaatstaf) van 4 ⁶. Dan blijkt bij een eigen risico van $f 200$ de verwachte eigen betaling (kostenverschuiving van verzekeraar naar verzekerde) gelijk te zijn aan $f 153$, afgezien van het remgeldeffect. Bij een eigen risico van $f 800$ is de verwachte eigen betaling gelijk aan $f 440$. De verwachte eigen betaling bij een bijbetaling van 25 procent tot een maximum van $f 200$ is derhalve $0,25 \times 440 = f 110$.

Voor verzekerden die meer dan $f 800$ ziektekosten maken - bijvoorbeeld sommige chronische zieken - impliceert dit dat zij, ten opzichte van de huidige situatie, bij invoering van een verplicht eigen risico er financieel minder op achteruitgaan dan bij invoering van een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximumbedrag (uniforme premiekorting). Voor hen geeft - ten opzichte van een volledige verzekering - een eigen risico van $f 200$ een financiële achteruitgang van $f 47$ ($= f 200$ minus de uniforme premiekorting van $f 153$). Bij een bijbetaling van 25 procent over de eerste $f 800$ aan kosten is voor hen de financiële achteruitgang gelijk aan $f 90$ ($= 200 - 110$).

Hoe lager het percentage bijbetaling, hoe groter de maximale financiële achteruitgang bij een uniforme premiekorting. Bij een laag percentage aan bijbetaling komt relatief gezien de eigen betaling in sterkere mate terecht bij de zorgbehoefigen dan bij een eigen risico. Deze uitkomst houdt in dat hoe meer mensen in hogere mate 'meedoen' met de kostendeling, hoe meer solidariteit er is tussen gezonden en zorgbehoefigen. Wanneer dit bijvoorbeeld wordt gereflecteerd aan de vijftien procent bijbetaling tot $f 200$ specifiek voor hulpmiddelen, zoals die in 1994 gold, dan is duidelijk dat een dergelijke maatregel een geringere mate van solidariteit tussen gezonden en zorgbehoefigen oplevert dan een algemeen eigen risico met een uniforme premiekorting. De patiënten die in 1994 voor hulpmiddelen $f 200$ aan eigen betaling waren verschuldigd, konden slechts worden gecompenseerd met een geringe uniforme premiekorting omdat slechts weinig mensen kosten hebben voor hulpmiddelen.

Bij een eigen risico is de verwachte kostenverschuiving groter dan bij een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum ⁷. Bij een uniforme premiekorting levert een eigen risico een hogere mate van solidariteit op tussen gezonden en zorgbehoefigen dan een procentuele bijbetaling. Doordat de gemiddelde eigen betaling bij een eigen risico hoger ligt, zou het te verwachten remgeldeffect eveneens groter kunnen zijn (afgezien van een eventueel anticipatie-effect op het overschrijden van het bedrag aan eigen risico).

Conclusie

In dit artikel is een vergelijking gemaakt tussen een eigen risico en een procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum aan eigen betaling. Van het eigen risico lijkt een groter remmend effect uit te gaan dan van een procentuele bijbetaling. Qua uitvoering is het eigen risico vermoedelijk minder duur omdat de frequentie van betaling door de verzekerden bij een eigen risico nooit hoger ligt dan bij een procentuele bijbetaling. Daarnaast geldt dat - ten opzichte van de huidige situatie - een eigen risico met een uniforme premiekorting een hogere mate van solidariteit tussen gezonden en zorgbehoefigen oplevert dan een procentuele bijbetaling. De reden hiervan is dat bij een eigen risico meer mensen in hogere mate 'meedoen' met het zelf betalen waardoor de gemiddelde eigen betaling hoger is.

Bij een eigen risico wordt dus een grotere lastenverschuiving bewerkstelligd van verzekeraar naar verzekerde. Hierdoor kan bij een eigen risico een grotere premiekorting worden gegeven (afgezien van de uitvoeringskosten en het remgeldeffect). Bij een uniforme premiekorting is de maximale inkomensachteruitgang bij een eigen risico dus kleiner dan bij procentuele bijbetaling tot hetzelfde maximum.

Over de inkomenssolidariteit is tot nu toe met geen woord gerept. Via een premiekorting lijkt deze eenvoudiger tot uiting te kunnen worden gebracht dan via een inkomensafhankelijk bedrag aan eigen risico of een IZA-achtig systeem. Bij een eigen risico is er minder behoefte om maatregelen te treffen ten aanzien van de inkomenssolidariteit dan bij procentuele bijbetaling, omdat de maximale inkomensachteruitgang bij een eigen risico met een uniforme premiekorting lager ligt.

1 Het 'moral hazard'-effect is het omgekeerde van het remgeldeffect. Bij de Engelstalige term 'moral hazard' is het uitgangspunt geen verzekering. Door verzekering kan een 'moral hazard'-effect optreden, ook wel de meerconsumptie ten gevolge van verzekering genoemd. Bij de Belgische term remgeld is het uitgangspunt een volledige verzekering. Invoering van een vorm van eigen betaling kan een consumptieremmend effect hebben: het remgeldeffect.

2 J.P. Newhouse e.a., *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*, Harvard University Press, Cambridge, 1993.

3 Bij een uniforme premiekorting krijgen gezonden en chronisch zieken evenveel korting, terwijl bij een premiekorting die gerelateerd is aan het ingebrachte risico een gezonde minder premiekorting krijgt dan een chronisch zieke. Risico-gerelateerde premie(korting) was het uitgangspunt in F.M. Bakker, Optimale verzekering tegen ziektekosten: eigen betalingen?, *ESB*, 6 september 1995. Dit is een belangrijk verschil. Immers, bij invoering van een eigen risico met uniforme premiekorting gaan chronisch zieken naar verwachting er financieel op achteruit terwijl bij een risico-gerelateerde premiekorting chronisch zieken naar verwachting er niet financieel op achteruit gaan.

4 R.C.J.A. van Vliet, Financiële consequenties van eigen bijdragen in de gezondheidszorg: een modelmatige benadering, *Het verzekerings-archief*, Dl. 72-1995-2, blz. 66-74.

5 Ziekenfondsraad/SEA-publicatie, nr. 9, juni 1995.

6 Zie voor de keuze van deze parameter R.C.J.A. van Vliet, E.M. van Barneveld en W.P.M.M. van de Ven, *Diagnose-informatie uit het verleden en normuitkeringen*, Rapport BMG, EUR, maart 1993, blz. 51 (voetnoot 23).

7 Het is ook mogelijk om uit te gaan van een bepaalde kostenverschuiving van ziekenfondsen naar ziekenfondsverzekerden, en de daarbij horende maximale omvang van de eigen betaling te bepalen. Dan blijkt dat, bij een gelijke kostenverschuiving, de keuze voor een eigen risico gepaard gaat met een lager maximum aan eigen betalingen dan bij procentuele bijbetalingen.