

Eigen risico in de gezondheidszorg

F.P. van Tulder en A. Bruyns*

Introductie van een vast bedrag voor eigen risico in de ziekenfondsverzekering heeft slechts een gering effect op de kosten van de zorg, indien raadpleging van de huisarts buiten het eigen risico blijft. Grosso modo zal er voornamelijk een verschuiving optreden van medische kosten van de overheid naar de consument. Wordt echter ook de huisarts onder het eigen-risicoregime gebracht, dan treedt een duidelijk groter effect op. De inkomensgevolgen van deze maatregel zijn gering.

Volgens de plannen van het kabinet zullen de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen geleidelijk convergeren. Belangrijk element daarbij is de introductie van een eigen risico in de ziekenfonds (ZF-)verzekering. Voor ZF-verzekerden wil het kabinet met ingang van 1997 een eigen risico aan de voet van f 200 per hoofdverzekerde invoeren; de huisarts valt als 'poortwachter' buiten dit eigen risico. Een vergelijkbaar minimaal eigen risico wordt nagestreefd voor particulier verzekerden¹.

De discussie over de invoering van eigen risico's richt zich op een aantal aspecten. In de eerste plaats is een belangrijk oogmerk van deze maatregel de consumptie en daarmee de kosten van de zorg te remmen. In hoeverre introductie van een eigen risico daartoe zal leiden is niet erg duidelijk². Voor zover er sprake is van een remmend effect op de consumptie van zorg, rijst de vraag in hoeverre eigen risico's een drempel voor noodzakelijke zorg kunnen opwerpen en daarmee negatieve gevolgen voor de volksgezondheid hebben³.

Ten tweede richt de discussie zich op de inkomensgevolgen, met name voor de sociale minima.

Ten derde ziet het kabinet de invoering van een eigen risico als tijdelijk. Op termijn streeft het kabinet naar de invoering van een systeem van eigen bijdragen, waarbij de verzekerde een bepaald percentage van de kostprijs van medische voorzieningen zelf betaalt, tot een inkomensafhankelijk maximum. Ook over de gevolgen van de invoering van dit systeem bestaat voorlopig geen duidelijkheid.

Dit artikel gaat met name in op de kwantitatieve gevolgen van invoering van een eigen risico op de consumptie, de kosten en collectieve uitgaven van vijf belangrijke algemene zorgvoorzieningen: huisartsen, medische specialisten, geneesmiddelen, fysiotherapeuten en ziekenhuizen⁴. Tevens komen de inkomensgevolgen aan de orde.

Het gaat in de eerste plaats om de gevolgen in termen van veranderingen in consumptie van zorg-

voorzieningen. Met een zeker voorbehoud kunnen deze gevolgen in termen van kosten worden vertaald. Dat voorbehoud is dat medische producenten wellicht reageren op een verminderd beroep op hun diensten en daarmee het hier geschatte consumptieremmende effect weten te reduceren.

Analyse van de consumptie

Invoering van eigen risico's heeft mogelijk een remmend effect op de consumptie van medische voorzieningen. Een dergelijk effect kan het rechtstreekse gevolg zijn van de afweging van de consument, bij voorbeeld voor zover deze bij gratis verstrekking de regel 'Baat het niet, dan schaadt het niet' hanteert. Ook kunnen indirecte effecten optreden, voor zover een verminderd beroep op de ene medische voorziening (bij voorbeeld de huisarts) tot minder verwijzingen naar andere medische voorzieningen leidt.

Op basis van een analyse van de Gezondheidsenquête 1991 (GEZ '91) leggen we het verband tussen de hoogte van het eigen risico en de medische consumptie⁵. In 1991 waren er (evenals nu) drie typen verzekerden: 1. de ZF-verzekerden. Deze had-

* De eerste auteur is werkzaam bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. Laatstgenoemde auteur is inmiddels werkzaam bij het Centrum voor Consumenten Informatie.

1. De *Uitwerking regeerakkoord zorgverzekeringen en kostenbeheersing* is door het Ministerie van VWS per brief van 20 maart 1995 aan de Tweede Kamer gestuurd.

2. Zo raamt het Ministerie van VWS het effect van een eigen risico conform het regeerakkoord (dat wil zeggen: inclusief de huisarts onder het eigen risico) op f 100 miljoen, de commissie-Van der Zwan (*Gezondheidszorg in tel 2*, 1994) daarentegen slechts op f 20 miljoen.

3. Zie bij voorbeeld het eindrapport van de werkgroep Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg, *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1992, nr. 8.

4. Omdat de tandheelkundige hulp voor het grootste deel buiten het ZF-pakket valt, is deze niet in de analyse betrokken.

den geen eigen risico; 2. de particulier verzekerden, die voor een groot deel (65%) wel een eigen risico hadden; en 3. de ambtenarenverzekerden. Deze laatste vormen een soort tussengroep: zij kennen eigen bijdragen tot een inkomensafhankelijk maximum.

De gevonden effecten van eigen risico op de consumptie zijn gebaseerd op veranderingen in het gedrag van de particulier verzekerden. Deze effecten zijn de resultante van situaties waarin de particulier verzekerde het gebruik van medische diensten geheel zelf moest gaan betalen (omdat het onder zijn/haar eigen risico valt) en situaties waarin de directe prijs voor de consument lager is of nihil (omdat het eigen risico wordt overschreden). De eigen-bijdrage-regeling van ambtenarenverzekerden is niet expliciet gesimuleerd, maar via een aparte variabele voor deze verzekeringsvorm impliciet in de analyse betrokken.

We kiezen voor een analyse van gegevens uit 1991, omdat in dat jaar de medicijnen nog niet via de AWBZ, maar via de ZFW en de particuliere verzekering werden gefinancierd. De situatie in dat jaar is daarmee beter vergelijkbaar met de toekomstige situatie dan in de jaren daarna het geval was.

Veronderstellingen

In de analyse is gecorrigeerd voor andere factoren dan de hoogte van het eigen risico die de consumptie van medische diensten beïnvloeden; zodoende worden de verschillende typen verzekerden vergelijkbaar gemaakt. Deze 'correctievariabelen' hebben zowel te maken met determinanten van de vraag als van het aanbod van medische diensten.

Aan de vraagzijde speelt een aantal achtergrondkenmerken van de consument een rol zoals gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en inkomen. Opneming van deze kenmerken in de analyse is ook van belang om zo goed mogelijk te corrigeren voor het effect van autoselectie: gezondere particulier verzekerden kiezen waarschijnlijk voor hogere eigen risico's⁶.

Een ander effect op de medische consumptie gaat mogelijk uit van de nabijheid van aanbieders van zorg en van het gedrag van deze aanbieders. De nabijheid van zorgvoorzieningen kan van invloed zijn op de reistijd en mogelijk ook op het doorverwijzingsgedrag. Deze nabijheid wordt globaal gemeten via de urbanisatiegraad van de woongemeente van de consument: op het platteland zal de afstand tot de zorgvoorziening in het algemeen groter zijn.

Daarnaast is, zowel op basis van theoretisch als empirisch onderzoek, bekend dat aanbieders van zorg hun gedrag mede laten beïnvloeden door de tarieven die aan hun handelingen zijn verbonden. Door de verschillen in tarieven tussen ZF- en niet-ZF-verzekerden kan een intensievere behandeling van een ZF-verzekerde voor de arts minder aantrekkelijk zijn dan van een niet-ZF-verzekerde. Dit effect wordt in de beschouwing betrokken door te bekijken of er, na correctie voor genoemde factoren, nog een verschil in medische consumptie tussen ZF- en niet-ZF-verzekerden bestaat.

De consumptie van medische voorzieningen is uitgedrukt in het aantal consulten of het aantal verpleegdagen in een vaste periode (variërend van twee

maanden tot een jaar). De anticonceptiepil is apart in de analyse betrokken. De gebruikte analysetechniek is toegesneden op het karakter van de gemodelleerde variabelen⁷.

Het gebruik van verschillende zorgvoorzieningen hangt via doorverwijzingen, voorschrijven geneesmiddelen en dergelijke onderling samen. Voor een analyse van de invloed van eigen risico's is deze samenhang niet zonder belang. Dit is in de eerste plaats het geval, als we geïnteresseerd zijn in de totale kosten die elke consument zelf onder het eigen risicoregime moet opbrengen. Tevens kan de relatie tussen het gebruik van verschillende voorzieningen van belang zijn, voor zover sommige voorzieningen van eigen risico's worden uitgesloten⁸. Om mogelijke samenhangen in en cumulaties van zorggebruik goed in beeld te brengen, wordt het gebruik van specialisten mede in verband gebracht met het beroep op de huisarts en het gebruik van geneesmiddelen (exclusief pil), fysiotherapeut en ziekenhuis mede in verband gebracht met het beroep op huisarts en specialist⁹.

Resultaten

Tabel 1 geeft, in termen van plussen en minnen, de gevonden effecten weer van de economisch getinte variabelen (hoogte van het eigen risico, inkomen, verzekeringsvorm) en de doorverwijzeffecten op de medische consumptie. Omwille van de beknoptheid is de invloed van de eerder besproken overige correctievariabelen voor vraag- en aanbod-factoren niet apart in beeld gebracht. De met een * aangegeven effecten zijn significant op 5%-niveau.

De hoogte van het eigen risico heeft alleen bij huisarts- en geneesmiddelengebruik (exclusief de pil) een aantoonbare remmende werking. Weliswaar wordt ook bij andere zorgtypen een negatief effect

5. Omdat de analyses op persoonsniveau plaatsvinden, moest het eigen risico noodgedwongen worden gedefinieerd als een eigen risico per persoon. Hiertoe is het eigen risico op de polis gedeeld door het aantal verzekerden op de polis. Het alternatief: het uitvoeren van analyses op polisniveau is onaantrekkelijk vanwege de grote aantallen mogelijke combinaties van achtergrondkenmerken van de diverse personen op de polis.

6. Wij zijn ons bewust van het problematische karakter van de subjectief ervaren gezondheidstoestand. Zo kan men aanvoeren dat deze variabele door het gebruik van medische voorzieningen wordt beïnvloed en daardoor deels een schijnverband optreedt. Het lijkt ons, gegeven de probleemstelling, echter belangrijker zo goed mogelijk voor het effect van autoselectie te corrigeren; enige vertekening in de invloed van gezondheidstoestand nemen we dan voor lief.

7. De consumptievariabelen hebben als natuurlijke ondergrens nul en geen natuurlijke bovengrens. Daarom is steeds TOBIT-analyse toegepast. Een uitzondering vormt het gebruik van de pil (een dichotome variabele) dat via LOGIT-analyse is benaderd.

8. Zo kan de uitsluiting van de huisarts buiten het eigen risico gevolgen hebben voor het beroep op huisartsen, maar daardoor ook op het aantal voorgeschreven geneesmiddelen en het beroep op andere medische voorzieningen.

9. Het model is recursief simultaan, en is daarmee geïdentificeerd en kan via TOBIT-analyse worden geschat (vergelijk J. Johnston, *Econometric methods*, McGraw-Hill, Singapore, 1984, blz. 462-469).

gevonden, maar dit verschilt niet aantoonbaar van 0. Dit is in overeenstemming met bevindingen elders: vooral bij 'minder ernstige' medische voorzieningen waarbij de afweging van de consument zelf van groot belang is treedt een effect van het eigen risico op¹⁰. Daar waar het gaat om ernstiger gevallen en/of de consumptie in belangrijke mate door (verwijzingen van) de zorgverleners wordt bepaald (specialisten, fysiotherapeuten, ziekenhuis), verliezen de eigen betalingen hun remmend effect¹¹. Het inkomen heeft alleen bij fysiotherapie een positief effect op de consumptie.

Speciale aandacht verdient het effect van de verzekeringsvorm. Dit staat los van het eigen risico, waarvoor immers al is gecorrigeerd. Particulier verzekerden consulteren vaker een specialist dan ziekenfondsverzekerden die in de tabel als referentiegroep fungeren. Dit kan worden toegeschreven aan het tariefsysteem, dat specialisten beter honoreert voor verrichtingen op particulier verzekerden¹².

Ambtenarenverzekerden kennen nergens een consumptie die aantoonbaar afwijkend is van ZF-verzekerden of van particulier verzekerden zonder eigen risico. Het gegevensmateriaal is echter te mager om definitieve conclusies te trekken over (het gebrek aan) effecten van de IZA eigen-bijdrageregeling¹³.

Simulaties

Via de in het bovenstaande geschatte consumptievergelijkingen zijn de gevolgen van de belangrijkste in de inleiding besproken maatregelen en varianten daarop nagebootst. Daarbij zijn alleen de significant effecten van het eigen risico op de omvang van de medische consumptie verdisconteerd. Via vermenigvuldiging met de gemiddelde prijs per eenheid consumptie is de reductie van de consumptie in termen van kosten vertaald. De gemiddelde prijs is per voorziening en voor ZF- en overige verzekerden vastgesteld via deling van de kosten op macroniveau door de omvang van de consumptie¹⁴.

Allereerst is de overheveling van de geneesmiddelen uit de AWBZ naar de ZF- en particuliere verzekering gesimuleerd. Daarbij is verondersteld dat de situatie waarin de geneesmiddelen in de AWBZ waren opgenomen te benaderen is via een eigen risico voor geneesmiddelen van nihil.

De gevolgen hebben alleen betrekking op de particulier verzekerden; alleen zij hebben immers vooralsnog (deels) een eigen risico en moeten de geneesmiddelen dus weer gedeeltelijk zelf gaan betalen. De geschatte gevolgen voor de kosten van geneesmiddelengebruik zijn een daling van f 70 mln. De eigen betalingen van particulier verzekerden vanwege medicijngebruik stijgen met circa f 40 mln.

In de uitgangssituatie bij de volgende simulaties zijn de geneesmiddelen weer in de pakketten van

Tabel 1. Analyse van de medische consumptie^a

Kenmerk	Huisartsen ^b	Specialisten ^b	Geneesmiddelen ^{bc}	pil ^d	fysiotherapeuten ^b	ziekenhuizen ^b
Eigen risico	-*	-	-* ^e	-	-	-
Verzekeringsvorm						
ziekenfonds (ref)						
particulier	-	+*	+	-	-	+
ambtenaar	+	-	-	-	-	-
Inkomen	+	+	-	-	+*	-
Doorverwijs-effect						
consumptie huisarts		+*	+*		+*	+*
consumptie specialist			+*		+*	+*

a. Een * duidt op een significant effect op het niveau van 5%. De analyse heeft betrekking op 5.344 respondenten; bij pilgebruik alleen vrouwen tussen de 12 en 49 jaar (1.481 respondenten). Naast de genoemde variabelen zijn in de analyse betrokken: variabelen m.b.t. leeftijd, geslacht, subjectief ervaren gezondheidstoestand, het hebben van diverse chronische ziekten, opleidingsniveau en urbanisatiegraad.

b. Tobit-analyse; c. exclusief pil; d. Logit-analyse; e. Voor gezonde personen; voor ongezonderd wordt geen significant effect gevonden.

ZF- en particuliere verzekeringen opgenomen. De volgende maatregelen worden gesimuleerd:

- de invoering van een eigen risico per hoofdverzekerde/polis van f 200. Voor particulier verzekerden wordt een minimum eigen risico van f 200 per polis ingevoerd. De huisarts valt voor ZF-verzekerden buiten het eigen risico; de anticonceptiepil voor volwassenen verdwijnt uit het ZF-pakket.

Verder worden drie alternatieve uitwerkingen gesimuleerd. De eerste heeft betrekking op de omvang van het pakket dat onder het eigen risico valt;

10. Het effect van het eigen risico op de consumptie van diensten van de huisarts werkt via de eerste consulten. Zie: Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars, *Eigen betalingen in de zorg*, Zeist, 1994.

11. Specificiatietoetsen op het verschil in het effect van eigen risico voor lagere versus hogere inkomensgroepen, lagere versus hogere waarden van het eigen risico, ongezonderd versus gezonde personen, en gedifferentieerd naar het aantal verzekerden dat onder het eigen risico valt geven slechts in één geval een significant resultaat: het effect van het eigen risico op de consumptie van geneesmiddelen is bij ongezonderd personen significant lager dan bij gezonde en niet meer significant van nul afwijkend (zie tabel 1).

12. Overigens zou het honoreringssysteem van de huisarts (abonnementstarief voor ZF-verzekerden) kunnen leiden tot meer verwijzingen naar specialisten bij ZF-verzekerden: dit zou tegen het in de hoofdtekst genoemde effect in kunnen werken. Nadere analyse laat zien dat bij eerste bezoeken aan de specialist geen significant verschil tussen ZF- en particulier verzekerden optreedt; het effect op het totaal aantal bezoeken is geheel te herleiden tot het effect op de herhaalbezoeken.

13. Mogelijk zou een analyse op basis van grotere aantallen (bij voorbeeld via koppeling van meerdere gezondheidsenquêtes) hier duidelijke resultaten kunnen geven.

14. De door de Ziekenfondsen vergoede kosten van de huisarts zijn, vanwege het abonnementshonorarium, in feite niet rechtstreeks aan de omvang van de consumptie gekoppeld. Er mag worden aangenomen dat de omvang van de consumptie via onderhandelingen en dergelijke op termijn wel een rol speelt.

	Ziekenfonds			Particulier		
	kosten	collectief gefinanc.	eigen betalingen	kosten	via premies gefinanc.	eigen betalingen
Uitgangssituatie	14.870	14.870	0	7.930	7.430	500
1. voornemens kabinet	-70	-960	+890	-10	-160	+150
2. huisarts ook in eigen risico	-160	-1.260	+1.090	-30	-170	+150
3. eigen risico f 200 pp.	-80	-1.160	+1.080	-20	-310	+290
4. inkomensafh. eigen risico	-70	-970	+900	-30	-410	+390

Tabel 2. Simulaties, gevolgen voor kosten en financiering, 1991, f mln.

de andere twee hebben betrekking op de vaststelling van de hoogte van het eigen risico.

- de huisarts valt nu ook onder het eigen risico.
- het eigen risico van f 200 geldt nu per persoon; voor kinderen geldt een eigen risico van een derde daarvan: f 67. Evenals in het kabinetsvoorstel is de huisarts hier buiten het eigen risico gelaten.
- de invoering van een inkomensafhankelijk eigen risico per polis, ter hoogte van 1% van het netto-jaarinkomen van het huishouden. Ook hier valt de huisarts buiten het eigen risico. Een dergelijke variant is vanuit inkomensperspectief gematigder dan de andere varianten¹⁵.

Tabel 2 vermeldt de resultaten, in termen van de geschatte gevolgen voor ZF- en particulier verzekerden afzonderlijk. Steeds worden de gevolgen voor de totale kosten en daarbinnen het collectief dan wel via eigen betalingen gefinancierde deel vermeld¹⁶.

We bespreken eerst de uitkomsten voor de ZF-verzekerden. De voornemens van het kabinet (variant 1) leiden volgens onze schattingen tot een reductie van de kosten die Ziekenfondsen in verband met medische consumptie uitkeren met f 70 mln. Daarnaast vindt een financieringsverschuiving plaats: ZF-verzekerden gaan via eigen betalingen circa f 890 mln opbrengen. Per saldo dalen de collectief gefinancierde uitgaven van de ziekenfondsen met f 960 mln.

Opvallend is dat een veel groter effect optreedt als ook de huisarts onder het eigen risico valt (variant 2): de kosten dalen nu met f 160 mln. Volgens de analyse daalt niet alleen de consumptie van de huisarts maar ook de consumptie van andere medische voorzieningen waarvoor de huisarts als voorportaal fungeert. Met name gaat het om de geneesmiddelen die door de huisarts worden voorgeschreven.

Een eigen risico per persoon, maar met de huisarts uitgesloten van het eigen risico (variant 3), brengt iets grotere effecten met zich mee dan het kabinetsvoorstel: de kosten vanwege de medische consumptie van de ZF-verzekerden dalen nu met f 80 mln. Een inkomensafhankelijk eigen risico van 1% van het huishoudinkomen (variant 4) levert een besparing op de medische consumptie van f 70 mln, dus vergelijkbaar met de kabinetsvoornemens.

Voor particulier verzekerden zijn de effecten duidelijk geringer; deze hebben immers bijna uitsluitend betrekking op de verzekerden volgens de standaardpakketpolis die in de oude situatie geen algemeen eigen risico hadden. In de kabinetsplannen (variant 1) dalen de kosten vanwege medische consumptie

van particulier verzekerden met f 10 mln; omdat de eigen betalingen met f 150 mln stijgen is het effect op de collectief via de premies opgebrachte uitbetalingen groter: - f 160 mln. Bij de andere varianten scoren opnieuw de variant waarbij ook de huisarts onder het eigen risico valt en nu ook de inkomensafhankelijke variant het hoogst: - f 30 mln. De inkomensafhankelijke variant laat bij de particulier verzekerden (relatief ten opzichte van de andere varianten) een groter effect zien dan bij de ZF-verzekerden, omdat het inkomen van de particulier verzekerden gemiddeld hoger is.

Al met al zijn de door ons geschatte effecten op de kosten hoger dan die van het Ministerie van VWS (f 70 versus f 50 mln)¹⁷, en beduidend hoger dan de schatting van de commissie-Van der Zwan (f 20 mln, 1994)¹⁸. Tevens blijkt de uitsluiting van de huisarts buiten het eigen risico een belangrijk effect te hebben: de besparing op de kosten wordt door deze uitsluiting meer dan gehalveerd¹⁹. Onze schatting van de optredende financieringsverschuiving (met de huisarts onder het eigen risico) ontloopt de VWS-schatting minder: f 1090 versus f 900 mln.

Inkomensconsequenties

Schetsmatig brengen we in het volgende ook de inkomensconsequenties van het kabinetsvoorstel (variant 1) en de variant met de meeste besparingen (variant 2; ook huisarts onder het eigen risico) voor ZF-verzekerden in beeld. Daartoe bepalen we voor verschillende inkomensgroepen de gemiddeld per ZF-verze-

15. Omdat het hier gaat om een inkomensafhankelijk eigen risico en niet om eigen bijdragen tot een inkomensafhankelijk maximum is deze variant niet gelijk te stellen aan de IZA-regeling.

16. Omdat de kostenbedragen, in aansluiting op de analyse van de consumptie, betrekking hebben op 1991 en met name bij geneesmiddelen en ziekenhuizen nog sprake is van aanzienlijke kostenstijgingen na 1991 (met circa 20%), kan enige vertekening (waarschijnlijk onderschatting) van het werkelijke effect optreden.

17. De in de VWS-brief genoemde gevolgen voor het volume van 100 miljoen (p. 7) heeft betrekking op het regeerakkoord, waarbij de huisarts wél onder het eigen risico viel. De VWS-schatting van de gevolgen van het kabinetsvoorstel is 50 miljoen (mondelijke informatie).

18. A. van der Zwan, *Gezondheidszorg in tel*, 1994, blz. 63-67. De schatting in dit rapport is gebaseerd op zeer gebrekkige empirische gegevens en de onjuiste vertonderstelling dat een eigen risico remmend werkt op de consumptie van personen die een bedrag aan medische kosten maken dat in de buurt van het eigen risico komt.

19. Om een aantal redenen waren de eerder door het SCP geraamde effecten van eigen risico's hoger (A. Need, R. van Puijenbroek en F.P. van Tulder: Het plan-Simons en het eigen risico, *ESB*, 7 oktober 1992, blz. 968-972). Daarin was het eigen risico ook van toepassing op huisartsen. De daar geschetste effecten betroffen tevens zowel (ex-)ZF- als particulier verzekerden en lieten ook voor ZF-verzekerden de keuze van grotere eigen risico's toe. Bovendien is het geschatte effect bij geneesmiddelen nu lager met name door de aparte schatting voor gezonden en ongezonden.

kerde op te brengen eigen betaling, de mogelijke vermindering van de ZF-premie en het inkomenseffect dat het saldo daarvan is. Bij de vermindering van de premie is er, conform de kabinetsvoornemens, vanuit gegaan dat de ziekenfondsen de nominale premie korten met *f* 80 en de rest via een vermindering van het procentuele premiepercentage wordt ingevuld.

Problematisch is de inschatting van de uitvoeringskosten die gemoeid zijn met de invoering van het systeem van eigen risico's voor ZF-verzekerden. Deze moeten uiteraard in mindering worden gebracht op de mogelijke premiereductie. De enige ons bekende schatting heeft betrekking op de invoering van een IZA-systeem voor zowel ZF- als particulier verzekerden en betreft *f* 120 miljoen²⁰. Wij nemen aan dat de hier gesimuleerde eigen-risicoregelingen minder uitvoeringskosten met zich meebrengen, vooral omdat zij slechts op ZF-verzekerden betrekking hebben. Dit geldt a fortiori, wanneer de huisarts niet onder het eigen risico valt. We hanteren in het volgende als zeer globale schatting uitvoeringskosten van *f* 50 mln in de kabinetsvariant en *f* 80 mln in de variant met huisartsen onder het eigen risico.

Tabel 3 vermeldt de inkomensgevolgen voor verschillende inkomensgroepen in gulden per jaar. Het inkomen heeft betrekking op het besteedbaar inkomen van het huishouden waartoe de ZF-verzekerde behoort. De gevolgen zijn in de vorm van jaarmutaties op twee manieren in beeld gebracht: per ZF-verzekerde persoon en per huishouden. Bij laatstgenoemde zijn alle huishoudens, dus ook die waarbij sommige of alle leden van het huishouden niet ZF-verzekerd zijn, betrokken.

Omdat de totale kosten van de zorgconsumptie, ook na aftrek van de extra administratiekosten, enigzins dalen, zijn de inkomensgevolgen gemiddeld positief, maar klein. Per ZF-verzekerde dalen de uitgaven met *f* 1 in de kabinetsvariant en met *f* 9, als ook de huisarts onder het eigen risico wordt begrepen. Per huishouden gaat het om *f* 2 respectievelijk *f* 13. Gedifferentieerd naar inkomensgroepen blijkt dat alleen de laagste inkomensgroepen (netto inkomen tot *f* 18.000) en de hoogste (netto inkomen boven *f* 55.000) er in bescheiden mate op achteruit gaan. Bij de laagste inkomensgroepen komt dit omdat zij relatief weinig profiteren van de verlaging van de inkomensafhankelijke premies, bij de hoogste omdat de eigen risico's hier per huishouden vaak hoger zijn.

Conclusies

Het kabinet stelt voor een eigen risico voor ZF-verzekerden te introduceren, dat echter niet van toepassing is op de huisarts. Dit voorstel zal leiden tot een reductie van de kosten in verband met medische consumptie van *f* 70 mln, met name in de sfeer van de geneesmiddelen. Deze reductie zal echter waarschijnlijk nauwelijks opwegen tegen de administratiekosten van de invoering van het eigen risico.

De effecten op consumptie en kosten zullen duidelijk sterker zijn wanneer de huisarts onder het eigen risico valt. Onze schatting van de reductie is hoger dan die van VWS (*f* 160 mln. versus *f* 100 mln) en veel hoger dan die van de cie-Van der Zwan.

bestedbaar jaarinkomen ^a	kabinetsvoorstel		ook huisarts ondereigen risico	
	per ZF-verz.	per huish.	per ZF-verz.	per huish.
> 18.000	-26	-24	-16	-15
18-25.000	14	20	32	46
25-31.000	16	26	38	63
31-40.000	17	31	31	55
40-55.000	-2	-4	2	4
< 55.000	-19	-24	-34	-42
Totaal	1	2	9	13

a. Van huishouden waartoe persoon behoort.

De voorgenomen uitsluiting van huisartsen buiten het eigen risico vermindert het kostenreducerend effect aanzienlijk, niet alleen vanwege de directe kosten van de consumptie van diensten van huisartsen, maar ook vanwege complementaire effecten (voorgescreven geneesmiddelen en doorverwijzingen).

De inkomenseffecten van de gesimuleerde varianten zijn gering. Gemiddeld gaat het om een inkomensstijging van *f* 1 tot *f* 9 per ZF-verzekerde persoon per jaar. Enige negatieve inkomenseffecten treden op bij de laagste en hoogste inkomensgroepen.

Het dilemma bij het eigen risico is duidelijk. Het eigen risico is bedoeld om een consumptie- en daarmee kostenremmende effect te bereiken. Juist dit remmende effect brengt de kans met zich mee dat ook noodzakelijke medische consumptie achterwege blijft. Wanneer men echter, om dit gevaar gedeeltelijk te vermijden, de poortwachter van het medische circuit, de huisarts, buiten het eigen risico houdt, is daarmee een belangrijk deel van het remmend effect verdwenen. Immers: zodra de patiënt zich bij het medische circuit heeft aangemeld, is de invloed van het verwijsgedrag van medische hulpverleners groot en daarmee het effect van eigen risico's op het consumptiegedrag geringer. Kortom: de door het kabinet gewenste maximale toegankelijkheid van de gezondheidszorg heeft een duidelijke prijs.

Wij kunnen op basis van onze analyses geen directe uitspraken doen over de kwaliteit van de door eigen risico's wegvallende consumptie. Wel blijkt dat personen die vanwege een eigen risico minder snel naar de huisarts gaan niet vaker (eerder minder) dan anderen van 'zwaardere' zorgvoorzieningen (specialisten, ziekenhuizen) gebruik maken.

Voor het bereiken van het consumptie- en kostenremmende effect blijkt het overigens met name van belang dat huisarts en geneesmiddelen onder het eigen risico vallen. De (overigens geringe) inkomenseffecten kunnen nog worden verminderd wanneer andere voorzieningen, zoals specialisten en ziekenhuizen, buiten het eigen risico worden gelaten. De verschuiving van collectieve lasten naar eigen betalingen zal dan veel geringer zijn.

Frank van Tulder en Alexander Bruyns

20. VB-Groep, *Betalen voor zorg*, 1993.