

# Het eigen risico a

**S**inds de eerste van deze maand heeft u weer een nieuwe zorgverzekeringspolis, met 94 procent waarschijnlijkheid bij dezelfde verzekeraar als in 2017 en met 88 procent waarschijnlijkheid met alleen het verplichte eigen risico van 385 euro (bron: Vektis). Dat eigen risico lijkt de haarlemmerolie van het zorgstelsel. De auteurs in dit themanummer van *ESB* sommen het voor u op. Het eigen risico dient ten eerste de zorg te financieren, ten tweede het zorggebruik te remmen en ten derde patiënten te sturen naar de beste en goedkoopste dokters.

Handig, haarlemmerolie. Maar economen weten sinds Tinbergen dat je drie instrumenten nodig hebt om drie doelen te bereiken. En dat is hier een probleem. Ik zie maar twee instrumenten, waarvan het eerste (de hoogte van het maximale eigen risico) bot is geworden, en waarvan de effecten van het tweede (wat er ten laste wordt gebracht van het eigen risico) niet goed begrepen worden. Tijd voor een pas op de plaats.

## Mythes en misvattingen eigen risico ontkracht

DANIËLLE WILLEMSE-DUIJMELINCK EN ANNELISE NOTENBOOM 12

## Eigen risico drukt zorgkosten meer dan no-claimkorting

MINKE REMMERSWAAL EN MAAIKE DIEPSTRATEN 15

## Infographic: Eigen risico in de zorg

18

## GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage

TIMO LAMBREGTS EN RENÉ VAN VLIET 20

## Sturing via eigen risico heeft beperkt effect

STÉPHANIE VAN DER GEEST EN MARCO VARKEVISSER 22

## Duidelijkheid vooraf bij het eigen risico

YVONNE VAN ROOY, GABRIËLLE TEN BROEKE EN LILIANNE VAN DER VELDE 24

## Huidige vormgeving eigen risico beperkt stuurpotentie verzekeraars

LYDIA VAN 'T VEER EN RON KEMP 26

## Het eigen risico is het solidariteitsdilemma van de zorg in een notendop

ANDRÉ ROUVOET 29

## FINANCIEREN

De afgelopen jaren is het eigen risico vooral gebruikt om de zorg te financieren. Daarvoor is het steeds verhoogd. Van 150 euro bij invoering in 2008 naar 385 euro nu. Het huidige eigen risico levert in totaal ongeveer drie miljard aan eigen betalingen op (CPB, 2015). Bij invoering ervan zal dat ongeveer de helft daarvan zijn geweest.

De maatschappelijke weerstand tegen een verdere verhoging is groot. Dat werd eind september duidelijk, toen beide Kamers binnen 24 uur besloten het eigen risico in 2018 te bevriezen (NJB, 2017).

Het eigen risico is de minst solidaire manier om de zorg te financieren, het is simpelweg betalen voor de eigen behandeling. De infographic laat zien dat de gemiddelde Nederlander in 2013 230 euro aan eigen risico betaalt. Vrouwen zijn iets duurder uit, mensen uit een buurt met een laag inkomen ook, en chronisch zieken maken het eigen risico veelal vol.

Opvallend is dan dat bijna alle auteurs in deze *ESB* de moeite nemen om uit te leggen dat 385 euro weinig geld is vergeleken met de kosten van de zorg. Daniëlle Willemse-Duijmelinck en Annelise Notenboom zetten daarnaast de eigen betaling ook internationaal en tegen het inkomen af. Puur rationeel is de maatschappelijke onrust dus onbegrijpelijk. Misschien kan een gedragseconoom hier eens naar kijken?

## REMMEN

Het tweede doel van het eigen risico is het bevorderen van het kostenbewustzijn. Het Ministerie van VWS schat in dat de zorgkosten 650 miljoen euro lager zijn (48 euro per verzekerde) omdat mensen van zorg afzien als het geld kost.

De bijdrages van Timo Lambregts en Renée van Vliet, en van Minke Remmerswaal en Maaïke Diepstraten rapporteren in deze *ESB* dan ook een substantiële afname van zorggebruik bij een stijging van de eigen betalingen. Beide studies zijn volgens de regels van de kunst uitgevoerd: ze vergelijken minderjarigen, die niet hoeven te betalen, met meerderjarigen, die wel moeten betalen, en kijken dan naar de gevolgen van een tariefverandering voor meerderjarigen.

De huidige manier om het eigen risico in te richten blijkt niet de handigste manier te zijn, als dat een prikkel moet bieden om het kostenbewustzijn te bevorderen. Als je namelijk denkt dat je je eigen risico toch wel kwijt bent,

# Is haarlemmerolie

trek je je niets aan van de prikkel die het eigen risico biedt. Betalen moet je dan toch.

Met dit in het achterhoofd zijn Lydia van 't Veer en Ron Kemp aan het ontwerpen geslagen. Het eigen risico blijkt veel moeilijker vol te maken als je patiënten niet vraagt om de eerste 385 euro bij te dragen, maar een bepaald percentage van iedere behandeling of een vast bedrag per behandeling vraagt bij te dragen. Om hetzelfde bedrag op te halen, moet dan wel het maximale eigen risico omhoog naar 1.000 euro en dat is niet goed voor de solidariteit.

Geen van de auteurs adviseert overigens om het eigen risico meer in te zetten voor het bevorderen van het kostenbewustzijn. Dat komt omdat niemand weet wat de gezondheidsgevolgen van het mijden van zorg zijn. Te denken geeft dat 48 procent van de zorgmijders achteraf zegt spijt te hebben van hun beslissing (NIVEL, 2015).

## STUREN

Het derde doel is sturen van patiënten naar de beste en goedkoopste zorgverleners. Zorgverzekeraars hebben veel meer informatie dan patiënten, en kunnen patiënten naar de geprefereerde zorgverleners sturen door het eigen risico kwijt te schelden. Het hierbij horende instrument is hetzelfde als het instrument dat bij remmen hoort, namelijk wat je precies ten laste brengt van het eigen risico.

Maar zoals de meeste automobilisten weten, leidt tegelijkertijd remmen en sturen tot glijden. Werkt ook zo op de fiets en is een beproefde manier om het eigen risico aan te spreken, maar dat terzijde. Als zorgverzekeraars sturen, dus het eigen risico selectief kwijtschelden, dan kan het eigen risico niet tegelijkertijd ook de kosten remmen.

Net als bij het vergroten van het kostenbewustzijn is ook voor het beter kunnen sturen met het eigen risico een andere inrichting noodzakelijk. Marco Varkevisser en Stéphanie van der Geest vinden maar een beperkt effect van de experimenten die het eigen risico selectief kwijtschelden.

Het bieden van dit sturingsinstrument is de motivatie voor het onderzoek van van 't Veer en Kemp. Toch vraag ik me af: werkt het ontzorgen van patiënten door het bieden van een standaardoptie en goede informatie niet? Dat lijkt me het instrument voor het derde doel.

## VERSIMPILING

Het thema besluit met twee bijdrages uit de praktijk. Yvonne van Rooy, Gabriëlle ten Broeke en Lilianne van der

Velde van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen lichten hun plan toe om het huidige maximum eigen risico te handhaven en een vast bedrag van 150 euro per behandeling te rekenen. Hun plan kost bijna niks en creëert duidelijkheid voor de patiënt. Ook André Rouvoet van Zorgverzekeraars Nederland hekelt de onduidelijkheid voor de verzekerde, en vraagt om herkenbare prijzen en duidelijke rekeningen die op tijd komen.

Het eigen risico is geen haarlemmerolie waarmee alle doelen die we aan het zorgstelsel stellen, bereikt kunnen worden. Met meer eigen risico wordt de zorg niet solidairder. En remmen en sturen is ook lastig in combinatie met elkaar, maar ook met solidariteit. Meer studie is daarom nodig (Van Kleef et al., 2017).

In de tussentijd kan de patiënt/verzekerde geholpen worden met praktische oplossingen, bijvoorbeeld die van de ziekenhuizen of die van de zorgverzekeraars. Duidelijkheid en begrijpelijkheid zijn daarbij ook goed voor de bereidheid om zorg voor anderen te betalen.

## LITERATUUR

- CPB (2015) *Zorgkeuzes in kaart: analyse van beleidsalternatieven voor de zorg van tien politieke partijen*. CPB Boek, 14.
- Kleef, R. van, R. Douven en J. Newhouse (2017) Pleidooi voor een experiment met eigen risico in de zorg. *ESB*, 102(4748), 186–188.
- NJB (2017) Stb. 2017, 356 Bevrozen eigen risico. *Nederlands Juristenblad*, oktober. Artikel te vinden op [njb.nl](http://njb.nl).
- NIVEL (2015) *Inzicht in zorgmijden: aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: NIVEL.

## JASPER LUKKEZEN

Hoofdredacteur  
[lukkezen@economie.nl](mailto:lukkezen@economie.nl)

