

Het plan-Simons en het eigen risico

A. Need, R.A.G. van Puijenbroek en F.P. van Tulder*

In de gezondheidszorg kan een aanzienlijke kostenvermindering worden bereikt door in het nieuwe stelsel voor de ziektekostenverzekering een afruil op te nemen tussen premiereductie en eigen risico. De kosten voor huisarts en medicijnen kunnen afnemen met ruim 600 miljoen gulden als verzekerden hun eigen optimale afweging kunnen maken. Bij invoering van een verplicht eigen risico, zoals voorgesteld door het CDA, loopt dit bedrag op tot bijna 1 miljard gulden.

Een belangrijk doel van het plan-Simons is de bevordering van kostenbeheersing¹. Deze kostenbeheersing wordt nagestreefd door beheersing aan de vraagkant van de zorg, in plaats van via de huidige aanbodplanning. Daarbij spelen zorgverzekeraars en consumenten een belangrijke rol:

- de concurrentie tussen zorgverzekeraars wordt gestimuleerd. Aangezien verzekeraars normuitkeringen gaan ontvangen, is selectie van verzekerden op basis van risico's voor hen niet langer voordelig. De normuitkeringen worden immers naar type verzekerde gedifferentieerd. Zorgverzekeraars kunnen concurreren via de nominale premie en de kwaliteit van de geleverde zorg.
- de consument krijgt meer mogelijkheden te kiezen tussen zorgverzekeraars en tussen verzekerde pakketten. Belangrijk element daarbij is de mogelijke keuze van een eigen risico door de verzekerde. Tegenover dit eigen risico staat een reductie van de nominale basispremie.

In dit artikel staat het eigen risico centraal. De vraag komt aan de orde welke gevolgen het plan-Simons heeft voor de keuze van eigen risico's door verzekerden. Ook gaan we in op de effecten van eigen risico's op de kosten van de zorg en de inkomens van de verzekerden.

Deze thema's staan centraal in de discussies over eigen risico's. Voorstanders van eigen risico's noemen als positieve effecten de verhoging van de keuzevrijheid en het kostenbewustzijn van de consument.

Eigen risico's zouden de consumptie en daarmee de kosten van de 'zorg' remmen. Deze rem op de consumptie is een voordeel, voor zover de wegvallende zorg als 'onnodig' kan worden bestempeld.

Tegenstanders van eigen risico's wijzen op het gevaar dat 'noodzakelijke' zorg wegvalt en de mogelijke gevolgen voor de volksgezondheid. Zij wijzen ook op de mogelijke aantasting van de solidariteit tussen minder gezonde en gezonde groepen. Eigen risico's zouden immers negatieve inkomenseffecten kunnen hebben voor de (relatief ongezonde) lagere inkomensgroepen, waaronder bejaarden².

De analyse in dit artikel geeft een beeld van veranderingen aan de vraagkant van de zorg. De effecten die het plan heeft op het gedrag van aanbieders van zorg zijn niet verdisconteerd. Daarom levert de hier gepresenteerde analyse geen schatting van de gevolgen van het totale plan-Simons op de kosten van de zorg.

De verdere opbouw van dit artikel is als volgt. In de volgende paragraaf schetsen we de opzet en reikwijdte van het onderzoek. Vervolgens gaan we in op de keuze van een eigen risico door verzekerden na introductie van het plan-Simons. Daarna bekijken we de gevolgen voor de medische consumptie en de kosten van de zorg alsmede de mogelijke inkomenseffecten. Ten slotte volgen enige conclusies.

Opzet en reikwijdte

Het onderzoek gaat uit van de introductie van een algemeen eigen risico aan de voet voor zes belangrijke voorzieningen op het terrein van de algemene zorg: huisartsen, medische specialisten, geneesmiddelen, tandartsen, fysiotherapeuten en ziekenhuizen. Bij zo'n eigen risico draagt de verzekerde jaarlijks de totale kosten van het gebruik van de zes

* Rob van Puijenbroek en Frank van Tulder zijn wetenschappelijke onderzoekers bij het Sociaal en Cultureel Planbureau. Het artikel is echter op persoonlijke titel geschreven. Ariana Need werkte als stagiaire in het kader van haar studie politicologie aan dit onderzoek en schreef er een scriptie over. Een uitgebreidere versie van dit artikel is op aanvraag verkrijgbaar. De auteurs danken diverse SCP-collega's en Wim van Tol (Ministerie van WVC) voor het commentaar op een eerdere versie.

1. Het plan is te vinden als bijlage bij de nota *Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig: Notitie inzake de stelselwijziging zorgsector*, Tweede Kamer 1989/1990, 21 545, nr. 2. Een actualisering is te vinden in *Modernisering zorgsector: weloverwogen verder*, SDU, Den Haag, 1992.

2. Zie voor de voor- en tegenargumenten en onderzoeksresultaten Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg (rapport van de gelijknamige werkgroep), *Tijdschrift voor sociale gezondheidszorg*, 1992, nr. 8.

voorzieningen tot maximaal het bedrag van het eigen risico. Kosten boven dit eigen risico worden door de verzekeringmaatschappij vergoed.

De exacte invulling van veel elementen van het plan-Simons is nog onduidelijk. Dit geldt ook voor de keuze van eigen risico's. De CDA-fractie in de Tweede Kamer is een groot voorstander van een *verplicht* algemeen eigen risico. Staatssecretaris Simons (en het kabinet) is daartegen³.

In aansluiting op de actuele politieke discussie onderscheiden we twee scenario's: het eerste kent, overeenkomstig de ideeën van Simons, alleen een vrijwillig eigen risico. Het CDA-scenario kent een verplicht minimaal eigen risico van 250 gulden voor volwassenen en 83 gulden voor kinderen.

Het plan-Simons omvat vrijwel alle zorgvoorzieningen. Van de totale kosten moet uiteindelijk 96% onder het plan vallen. De discussie over het opnemen van belangrijke onderdelen als de bejaardenzorg en de zorg voor gehandicapten is echter nog in volle gang. De overheveling van deze onderdelen van de zorg naar het nieuwe stelsel is pas op langere termijn te verwachten. Daarom en om praktische redenen is de analyse beperkt tot de bovengenoemde zes voorzieningen. Deze voorzieningen beslaan in 1991 ruim 26 miljard gulden. Dat is ruim de helft van de totale kosten van de zorg en meer dan 70% van de kosten van de zorg exclusief de intramurale zorg voor bejaarden en gehandicapten.

Nieuwe regeling van eigen risico's

In het huidige stelsel hebben alleen particulier verzekerden de mogelijkheid een eigen risico te kiezen. Deze mogelijkheid is echter beperkt. Verzekerden met een zogenaamde standaardpolis, met name ouderen, kunnen geen eigen risico nemen. Andere particulier verzekerden kunnen niet zonder meer een eenmaal gekozen eigen risico verlagen. Het is nog onduidelijk of in het nieuwe systeem laatstgenoemde beperking ongedaan wordt gemaakt.

Bij de huidige particuliere verzekeringen heeft de polis veelal betrekking op het gehele huishouden of het deel daarvan dat niet via het ziekenfonds is verzekerd. In het plan-Simons is de polis geïndividualiseerd. Het verzekerde pakket en de hoogte van het eigen risico kunnen per persoon worden afgesloten en gevarieerd. Bij onze beperkte invulling is uitgegaan van een nominale basispremie van circa 300 gulden per volwassene. Kinderen betalen een derde van de volwassenenpremie.

Een belangrijk aspect bij de keuze van een eigen risico is de verhouding tussen de hoogte van het eigen risico en de daarbij horende reductie van de nominale basispremie. De keuze voor een eigen risico is voor de verzekerde aantrekkelijker, naarmate de verkregen premiereductie groter is. Voor de verzekeringsmaatschappij gelden uiteraard andere afwegingen. Het aanbieden van premiereducties is onderdeel van de concurrentiestrijd met andere verzekeraars. Daarbij geldt wel dat de gegeven premiereductie in het algemeen niet groter zal zijn dan de door de verzekeraar (vanwege het eigen risico) verwachte vermindering van uit te keren ziektekosten plus de vermindering in de administratiekosten.

Hoe de genoemde verhouding precies zal liggen, is nog onduidelijk. In het volgende nemen we daarom als uitgangspunt de bij de huidige particuliere verze-

keringen gemiddeld geldende verhoudingen. Deze verschillen overigens sterk per type huishouden. Omdat in het nieuwe systeem de premies zijn geïndividualiseerd, is de premiestelling voor alleenstaanden als uitgangspunt genomen. Voor deze categorie blijkt een eigen risico van 500 gulden een premiereductie van ongeveer 300 gulden op te leveren. Uiteraard zijn ook combinaties van lagere eigen risico's met lagere premiereducties mogelijk.

De keuze van een eigen risico

Waarop kunnen we nu onze verwachtingen over het keuzegedrag van verzekerden voor een eigen risico na invoering van het plan-Simons baseren? Van belang is daarbij de vraag hoe groot de vrijheid van verzekerden zal zijn om regelmatig het eigen risico aan te passen. Als we ervan uitgaan dat deze vrijheid niet veel groter zal zijn dan die van particulier verzekerden in het huidige systeem, dan ligt een empirische analyse voor de hand van het huidige keuzegedrag van eigen risico's door particulier verzekerden. Dit gedrag geeft dan een indicatie van het gedrag van alle verzekerden na invoering van het plan-Simons.

Een dergelijke analyse hebben we uitgevoerd op de Gezondheidsenquête 1989 van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Hieruit blijkt dat huishoudens met de oudste verzekerde in de hoogste leeftijdscategorie, een vrouwelijke verzekerde in de vruchtbare leeftijd of met een lager inkomen een lager eigen risico per persoon hebben. Er blijkt echter geen aantoonbaar verband met de gehanteerde maatstaven voor gezondheidstoestand. Het eerder genoemde gebrek aan mogelijkheden tot aanpassing van het eigen risico in het huidige systeem kan hiermee te maken hebben: bij verslechtering van de gezondheidstoestand is een neerwaartse aanpassing van het eigen risico meestal niet mogelijk. Omdat zal blijken dat particulier verzekerden zich in de huidige situatie risicomijdend gedragen, noemen we dit verder de variant van de risicomijdende verzekerden⁴.

Ervan uitgaande dat in het nieuwe stelsel wél een regelmatige en optimale aanpassing van het eigen risico aan de actuele situatie van de verzekerde mogelijk is, is een ander mogelijk uitgangspunt dat van de calculerende, risiconeutrale verzekerden. Elke twee jaar zullen deze verzekerden een inschatting maken van de te verwachten ziektekosten en de (als gevolg van onzekerheden) spreiding daarin. Vervolgens kiezen zij die combinatie van nominale basispremie en eigen risico die naar verwachting de minste kosten met zich meebrengt, ofwel de laagste som van premie en eigen betalingen.

Bij hun inschatting van de te verwachten ziektekosten laten de verzekerden zich leiden door de kennis die zij hebben van de eigen gezondheidstoestand en andere kenmerken zoals leeftijd en geslacht.

3. Simons heeft te kennen gegeven in plaats daarvan eerder eigen bijdragen voor een aantal voorzieningen te willen introduceren. Daarnaast worden voor een aantal voorzieningen mogelijk specifieke eigen risico's ingevoerd.

4. Ook uit andere literatuur blijkt dat in het huidige systeem sprake is van enige risicomijding. Zie bij voorbeeld: W.P.M.M. van de Ven en B.M.S. van Praag, The demand for deductibles in private health insurance, *Journal of Economics*, 1981, nr. 17, blz. 229-252.

Tabel 1. Eigen risico's per persoon, in guldens; vier varianten van het plan-Simons vergeleken met de situatie in 1989

	1989		Risicomijdend gedrag		Risiconeutraal gedrag	
	totaal	partic. verz.	eig.ris. vrijw.	eig.ris. verpl.	eig.ris. vrijw.	eig.ris. verpl.
Gemiddeld	66	207	158	265	289	327
0	79 ^a	33	37	0	15	0
1-200	11	36	29	20	24	24
201-400	4	12	17	63	37	52
> 400	6	19	17	17	24	24

a. Inclusief aangeslotenen bij ambtenarenverzekeringen (circa 6%). Deze verzekeringen kennen meestal geen eigen risico's maar wel eigen bijdragen.

Daarnaast hebben zij een globale notie van de kosten van het gebruik (het 'prijskaartje') van verschillende medische voorzieningen. Dit afwegingsproces hebben we nagebootst via een analyse van de Gezondheidsenquête 1989. Daarbij wordt de consumptie van medische voorzieningen eerst geschat op basis van een aantal kenmerken van de verzekerde en vervolgens gecombineerd met een prijskaartje per eenheid consumptie⁵.

Aldus komen we uit op twee varianten van het keuzegedrag ten aanzien van eigen risico's: de (empirische) variant van de risicomijdende verzekerde en de variant van de calculerende, risiconeutrale verzekerde. Door combinatie met het eerder genoemde 'vrijwillig eigen risico'-scenario (voorgestaan door Simons) en het 'verplicht eigen risico'-scenario (CDA) verkrijgen we aldus vier scenario's. Tabel 1 geeft de vier scenario's weer, met de bijbehorende gemiddelde eigen risico's per persoon en de verdeling daarvan over verschillende eigen-risicoklassen. Ter vergelijking worden cijfers van voor de invoering van het plan-Simons (1989) gegeven.

In 1989 had 79% van de verzekerden geen eigen risico. Een belangrijk deel daarvan betreft de huidige ziekenfondsverzekerden (meer dan 60% van de bevolking), die geen eigen risico kunnen nemen. Circa een derde van de particulier verzekerden heeft eveneens geen eigen risico. In het nieuwe stelsel krijgen ziekenfondsverzekerden voor het eerst de mogelijkheid om een eigen risico te kiezen. Alle scenario's leiden dan ook tot een duidelijke verhoging van het gemiddelde eigen risico. In het scenario 'vrijwillig eigen risico, risicomijdende verzekerde' is het aantal verzekerden dat geen eigen risico kiest overigens hoger dan bij de huidige particulier verzekerden. Dit is de afspiegeling van het gemiddeld relatief lage inkomen van de huidige ziekenfondsverzekerden. Uiteraard leiden de 'verplicht eigen risico'-scenario's tot hogere uitkomsten. Alleen kinderen kunnen in deze scenario's op een eigen risico onder de 200 gulden uitkomen.

De scenario's gebaseerd op de risiconeutrale verzekerde leiden tot hogere uitkomsten dan die welke gebaseerd zijn op het huidige gedrag van particulier verzekerden. Hieruit blijkt dat het gedrag van de huidige particulier verzekerden enigszins risicomijdend is. De vraag is in hoeverre dit gedrag in het nieuwe systeem zal veranderen. Gaan verzekerden meer risiconeutraal calculeren? Als het nieuwe stel-

sel hen via een regelmatige aanpassing van het eigen risico daartoe de mogelijkheden biedt, dan zal de verzekerde deze mogelijkheden wellicht niet onmiddellijk, maar wel op termijn ontdekken. De noodzaak van risicomijdend gedrag is in dat geval minder aanwezig. De mogelijk negatieve gevolgen van de keuze van een (te) hoog eigen risico blijven dan immers in tijd en geld beperkt.

Gevolgen voor kosten en consumptie

Een van de centrale premissen in het plan-Simons is dat eigen risico's leiden tot een bewuster, en dus lager, gebruik van voorzieningen en daarmee tot kostenbeheersing. Om na te gaan in hoeverre dit inderdaad het geval is, zijn op basis van de Gezondheidsenquête 1989 analyses uitgevoerd voor de zes in de analyse betrokken zorgvoorzieningen. Hierbij is het gebruik van medische voorzieningen in verband gebracht met de hoogte van het eigen risico, waarbij is gecorrigeerd voor verschillen in onder meer leeftijd, geslacht en gezondheidstoestand. Een hoger eigen risico blijkt een aantoonbaar negatief effect te hebben op het gebruik van huisartsen en geneesmiddelen. Bij de andere vier voorzieningen kan een dergelijk effect niet worden aangetoond⁶. Evenmin kan worden aangetoond dat mensen met hogere eigen risico's extra gebruik maken van 'zwaardere' medische voorzieningen (zoals ziekenhuizen), omdat zij een noodzakelijk bezoek aan een arts te lang zouden hebben uitgesteld.

Vervolgens is nagegaan hoe de kosten voor huisartsen en geneesmiddelen zich ontwikkelen als verzekerden een eigen risico kiezen volgens de in de vorige paragraaf vermelde scenario's. Daarbij zijn de kosten van de andere vier voorzieningen constant verondersteld. In de kosten is tevens een opslag voor de administratiekosten van de verzekeraars verwerkt. In de eerste stap van de analyse is aangenomen dat de inkomensafhankelijke premies (uitgekeerd via het stelsel van normuitkeringen) en de nominale premies evenredig aan de kosten worden verlaagd. Dit leidt bij de verzekeringsmaatschappijen tot een 'kloof' tussen premie-inkomsten en kosten. De verlaging van de door de verzekeringsmaatschappijen te maken kosten weegt niet op tegen de doorberekende premiereductie. Deze kloof is het grootst bij het scenario 'vrijwillig eigen risico, risiconeutrale verzekerde' (0,9 miljard). Dit is logisch, omdat in dit scenario de verzekerden de verwachte kosten en premiereducties rechtstreeks tegen elkaar afwegen. Het voordeel dat zij hierdoor (gemiddeld) behalen is voor de verzekeringsmaatschappijen een nadeel. Verwacht mag worden dat de verzekeringsmaatschappijen in deze situatie de nominale basispremie verhogen dan wel de premiereducties voor eigen risico's verlagen. In dat laatste geval kan in extreme gevallen zelfs de situatie ontstaan dat verzekerings-

5. We nemen tevens aan dat de algemene bevinding dat slechts circa 12 tot 15% van de variatie in ziektekosten via dit soort analyses kan worden verklaard ook een maatstaf vormt voor de onzekerheid in de inschatting van verzekerden.

6. In de literatuur bestaat redelijke overeenstemming over het negatieve effect van eigen risico's op de medische consumptie. Zie bij voorbeeld Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, op.cit., 1992.

maatschappijen geen eigen risico's meer aanbieden. In de huidige situatie is dit nog wel aantrekkelijk omdat zodoende gunstige risico's kunnen worden geselecteerd. Na invoering van het plan-Simons is risicoselectie echter minder van belang en vervalt deze prikkel tot het aanbieden van eigen risico's. In de verdere analyse is ervan uitgegaan dat de verzekeringsmaatschappijen de nominale basispremies zullen verhogen en de verhouding tussen premiereductie en eigen risico intact laten. De nominale basispremies verschillen daarom per scenario, zie tabel 2.

Tabel 2 laat zien dat met name bij de geneesmiddelen aanzienlijke kostenbesparingen kunnen optreden. De reductie van de kosten is het minst in het eerstgenoemde scenario (risicomijdend, vrijwillig eigen risico) en het sterkst in het scenario van de risiconeutrale verzekerde met een verplicht eigen risico. De totale kostenbeheersing voor de zes voorzieningen komt uit op 1,4% (400 miljoen) in het eerstgenoemde scenario en 3,3% (bijna 1 miljard) in het laatstgenoemde.

Merk overigens op dat de combinatie 'vrijwillig eigen risico, risiconeutrale verzekerde' vergeleken met de combinatie 'verplicht eigen risico, risicomijdende verzekerde' tot hogere eigen risico's leidt (tabel 1) bij een geringere kostenbesparing (tabel 2). Dit komt omdat de risiconeutrale verzekerden die een hoog eigen risico nemen, ook relatief gezond zijn. Een eigen risico kan het al lage gebruik van deze groep slechts beperkt verder reduceren.

Tabel 2 geeft ook informatie over de financiering van de kosten. De inkomensafhankelijke premie heeft hierbij (per definitie) steeds een aandeel van 86%⁷. Aanzienlijke verschillen treden echter op in de verdeling tussen nominale premies en eigen betalingen. Een lagere nominale premie (basispremie minus premiereductie) gaat immers gepaard met een hoger eigen risico en daardoor ook met hogere eigen betalingen. Daarom zijn de hoogste eigen betalingen ook te vinden bij de combinatie 'verplicht eigen risico, risiconeutrale verzekerde': 8% van de totale kosten.

De effecten op de volksgezondheid van de veranderde consumptie bij eigen risico's zijn door ons niet expliciet onderzocht. Ander onderzoek suggereert dat in het algemeen geen negatieve gezondheidseffecten optreden. Een mogelijke uitzondering vormen ongezonde mensen met lagere inkomens⁸. Personen uit deze groep zullen overigens alleen een eigen risico nemen als zij niet goed calculeren of verplicht worden een eigen risico te nemen.]

Inkomenseffecten

De totale uitgaven van huishoudens aan de zorg bestaan uit drie componenten. De eerste betreft de nominale basispremie, eventueel verminderd met een reductie vanwege een eigen risico. Op de tweede plaats komt de inkomensafhankelijke premie. Dit is een vast percentage van het inkomen waarbij het inkomen beneden en boven bepaalde grenzen is vrijgesteld. Ten slotte zijn er de eigen betalingen. Deze component is alleen van belang voor personen die een eigen risico hebben gekozen. De eigen betalingen zijn lager dan of gelijk aan de hoogte van het eigen risico.

Tabel 2. Procentuele veranderingen kosten gezondheidszorg bij verschillende scenario's voor het eigen risico t.o.v. de situatie in 1991

	Feitelijke kosten 1991 (mrd. gld.)	Risicomijdend gedrag		Risiconeutraal gedrag	
		eig.ris. vrijw.	eig.ris. verpl.	eig.ris. vrijw.	eig.ris. verpl.
Huisartsen	2,2	-1,7	-4,2	-3,5	-5,0
Geneesmiddelen	4,2	-7,6	-16,5	-11,8	-18,2
Totale kosten	28,8^a	-1,4	-3,0	-2,2	-3,3
Gefinancierd via (%)					
• ink.afh. premie		86	86	86	86
• nominale premie		10	7	8	6
• eigen betalingen		4	7	6	8
Nom. basispremie (f)		341	354	383	371

a. De kosten van de zes voorzieningen bedragen 26,0 miljard gulden. De opslagfactor voor de administratiekosten van de verzekeraars is 10,6%.

Tabel 3 laat voor de verschillende netto inkomensquintielen zien hoeveel huishoudens gemiddeld uitgeven aan de zes in de analyse betrokken zorgvoorzieningen in de verschillende scenario's⁹.

In de tabel worden de uitgaven van de verschillende scenario's steeds gerelateerd aan het eerst gepresenteerde en minst vergaande scenario (vrijwillig eigen risico, risicomijdende verzekerde).

Uit tabel 3 blijkt dat de gemiddelde uitgaven aan zorg per inkomensquintiel sterk oplopen. Zo betalen in de variant 'vrijwillig eigen risico, risicomijdend' de huishoudens in het vijfde inkomensdecil gemiddeld bijna negen keer zoveel als huishoudens in het eerste quintiel. Hierbij moet wel worden aangetekend dat het eerste quintiel uitsluitend uit alleenstaanden bestaat terwijl de gemiddelde huishoudgrootte in het vijfde inkomensquintiel 2,6 is. Vanzelfsprekend zijn de gemiddelde uitgaven in de andere scenario's geringer, vanwege de gerealiseerde besparingen op de kosten van de zorg (zie tabel 2). Opvallend is echter dat dit geldt over de hele lijnie: in alle quintielen zijn de uitgaven van huishoudens het hoogst in het scenario 'vrijwillig eigen risico, risicomijdende verzekerde' terwijl de laagste uitgaven optreden bij het scenario van de risiconeutrale verzekerde met een verplicht eigen risico. Laatstgenoemde variant is zelfs relatief het gunstigst

7. Met andere woorden dit percentage is exogeen verondersteld. Dit betekent dat in onze optiek het premiepercentage wordt aangepast aan de ontwikkeling van de totale kosten van de zorg. Anders zou de politiek bepaalde verhouding tussen de financiering via inkomensafhankelijke en nominale premies veranderen.

8. Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, op.cit., 1992.

9. Janssen en Van Doorslaer kwamen tot de conclusie dat de verdeling van de uitgaven in het plan-Simons ten opzichte van het oude systeem licht verschuift van lagere naar hogere inkomensgroepen. Een dergelijke vergelijking met de situatie van voor het plan-Simons blijft in tabel 3 achterwege. Zie R.T.J.M. Janssen en E.K.A. van Doorslaer, De nieuwe basisziektekostenverzekering en de lastenverdeling over inkomensgroepen, *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, nr. 70, 1992, blz. 351-361, vooral tabel 7.

Tabel 3. Gemiddelde uitgaven van huishoudens (som van premies en eigen betalingen) per inkomensquintiel (gulden)^a

Inkomensquintiel	Netto inkomen (x1000)	Gemidd. aantal volwassensen	Gemiddeld aantal kinderen	Risicomijdend gedrag		Risiconeutraal gedrag	
				eig.ris. vrijw. (1)	eig.ris. verpl. tov.(1)	eig.ris. vrijw. tov.(1)	eig.ris. verpl. tov.(1)
Totaal		1,5	0,5	3.790	-70	-40	-90
1	< 15	1,0	0,0	820	-20	-20	-30
2	15-22	1,3	0,2	2.230	-40	-30	-50
3	22-29	1,6	0,5	3.690	-70	-40	-90
4	29-39	1,8	0,9	5.140	-100	-40	-110
5	> 39	1,9	0,7	7.040	-130	-50	-150
Ouderen ^b		1,5	0,0	3.180	-40	-20	-40
Ongezonden ^c		1,6	0,5	3.900	-30	-20	-40

a. Voor de zes onderzochte zorgvoorzieningen.

b. Huishoudens met minimaal één persoon van 65 jaar of ouder.

c. Huishoudens met minimaal één persoon met een slechte gezondheid.

voor de lagere inkomensquintielen; ten opzichte van de risicomijdende verzekerde met een vrijwillig eigen risico liggen de lasten voor het laagste quintiel bijna 4% lager, bij het hoogste quintiel is dit slechts 2%. Het moge overigens duidelijk zijn dat de tabel slechts gemiddelden vermeldt. Zo kunnen er binnen quintielen aanzienlijke verschillen optreden. Het eerste quintiel bestaat bij voorbeeld met name uit jongeren en bejaarden. Deze twee groepen verschillen sterk qua gezondheidstoestand en medische consumptie.

Omdat een mogelijke sterke inkomensachteruitgang van bejaarden of ongezonden bij invoering van een verplicht eigen risico een punt van discussie is, geeft de tabel tevens de effecten op de inkomens van bejaarde huishoudens of huishoudens met ten minste één ongezond persoon. Ook dan blijkt de vermindering van premies over het hele huishouden gemiddeld op te wegen tegen de hogere eigen betalingen¹⁰.

Conclusies

Het aantal personen met een eigen risico neemt in het nieuwe systeem toe. Dit geldt uiteraard des te sterker als het CDA-voorstel tot invoering van een verplicht minimum eigen risico doorgang vindt. Het aantal verzekerden met een eigen risico en de gemiddelde hoogte daarvan blijkt tevens sterker toe te nemen, naarmate verzekerden meer kansen krijgen om hun eigen risico's regelmatig aan te passen. Daardoor kunnen zij de nadelen van eigen risico's beter afwegen tegen de voordelen van een verkregen premiereductie.

De uitbreiding van het eigen risico in het nieuwe systeem zal een remmende invloed hebben op het gebruik van huisarts en medicijnen en daarmee ook op de kosten van de zorg. Deze kosten kunnen daardoor afnemen met ruim 600 miljoen gulden (2,2%) als verzekerden een optimale keuze kunnen maken in het nieuwe systeem. Bij invoering van het CDA-voorstel van een minimum eigen risico is dit bijna 1 miljard gulden (3,3%).

Als gevolg daarvan zijn de inkomenseffecten van uitbreiding van eigen risico's gemiddeld gunstig: de toename van de eigen betalingen van verzekerden weegt niet op tegen de afname van de te betalen premies. Dit geldt, gemiddeld genomen, ook voor de laagste inkomensgroepen, voor ouderen en zelfs voor huishoudens waarin ten minste één persoon ongezond is. In dit opzicht is er dus geen sprake van een aantasting van de solidariteit.

Twee algemene conclusies tot slot. Ten eerste blijkt uit het voorgaande dat het bieden van de mogelijkheid aan verzekerden om regelmatig hun eigen risico aan te passen, de keuze van hogere eigen risico's en daarmee kostenbesparing in de gezondheidszorg zal stimuleren.

De tweede conclusie is dat de verzekeringsmaatschappijen in het nieuwe systeem al gauw met tekorten op verzekerden met een eigen risico dreigen te worden geconfronteerd. Dit gebeurt als de remmende werking van eigen risico's op de kosten van de zorg in de verminderde inkomsten via het normuitkeringstelsel wordt vertaald. De vraag rijst dan of verzekeringsmaatschappijen als reactie op deze tekorten hun premiereducties gaan verkleinen en daarmee eigen risico's onaantrekkelijker maken. De tendens tot zo'n verlaging zal sterker zijn, als verzekerden inderdaad beter gaan calculeren en de verzekeringsmaatschappijen geen baat meer hebben bij de selectie van gunstige risico's. Daarmee dreigt het kostenbesparende effect weer geheel of gedeeltelijk te verdwijnen.

Om dit te voorkomen lijken twee opties open te staan. De eerste is de invoering van een verplicht minimaal eigen risico, zoals het CDA dat wenst. De tweede optie is het opleggen van de verplichting aan verzekeringsmaatschappijen om bepaalde combinaties van eigen risico's en premiereducties aan te bieden. In dit laatste geval zou de concurrentie tussen verzekeringsmaatschappijen aan de premiezijde uitsluitend worden gevoerd via de hoogte van de nominale basispremie.

**Ariana Need
Rob van Puijenbroek
Frank van Tulder**

10. We zijn ook nagegaan hoeveel een huishouden, bestaande uit twee personen met een inkomen in het tweede quintiel en een slechte gezondheid, er maximaal op achteruit gaat als het in het risiconeutrale scenario verplicht wordt een eigen risico van 250 gulden per persoon te kiezen. Dit blijkt in totaal 115 gulden per jaar te zijn.