

Inkomensafhankelijk eigen risico remt zorgkosten

Het verplichte eigen risico voor de zorgverzekering is voor iedereen behalve kinderen en chronisch zieken 150 euro. Daarnaast kunnen mensen een vrijwillig een hoger eigen risico kiezen. Slechts vijf procent van de verzekerden doet dat. Beter zou het zijn hogere inkomens een hoger verplicht eigen risico op te leggen. Verder zouden geen uitzonderingen moeten worden gemaakt voor groepen mensen, maar voor bewezen kosten-effectieve behandelingen.

Om de vraag naar zorg van mensen met een zorgverzekering af te remmen kennen vrijwel alle zorgverzekeringen in alle landen vormen van bijbetaling. Zulke regelingen verschillen in de vorm van bijbetaling: een vast bedrag per behandeling of een percentage van de kosten, de hoogte van het bedrag of percentage en de hoogte van de maximale bijbetaling. De optimale regeling voor eigen betalingen hangt af van de beoogde effecten en vooral ook van de niet-beoogde effecten die mogelijk het gevolg zijn van bijbetalingsregelingen.

Beoogde en averechtse effecten van eigen betalingen

Het doel van een zorgverzekering is risicoafdekking. De kosten van zorg zijn onvoorspelbaar en het gaat vaak om grote bedragen. Omdat de meeste mensen risico-avers zijn, hebben ze een voorkeur om voor elke tijdsperiode een vast bedrag te betalen, boven het risico van sterk wisselende kosten per tijdsperiode. Verzekerden zullen bij voorkeur niet kiezen voor een eigen risico, omdat dit per tijdsperiode wisselende zorgkosten met zich mee brengt. Het doel van de verzekering is juist om wisselende zorgkosten te vermijden. Alleen wanneer de verzekerde meer premie betaalt dan de verwachte kosten kan een eigen risico aantrekkelijk zijn. De verzekering voorkomt dat het inkomen sterk daalt wanneer zich een gezondheidsrisico voordoet. En het voorkomt dat mensen van noodzakelijke zorg afzien omdat hun inkomen anders te veel daalt, met alle mogelijke negatieve gevolgen op de gezondheid van dien. Wanneer de verzekeraar niet perfect geïnformeerd is over het gedrag van de verzekerde ontstaat er marktfalen in de vorm van moreel gevaar (*moral hazard*). Doordat de verzekering het gebruik van zorg gratis maakt, hoeven patiënten geen prijs-kwaliteit-afweging meer te maken. Daardoor zullen zij ook zorg gaan gebruiken waarvan de extra baten van gezondheidswinst voor de patiënt lager zijn dan de extra kosten van de productie van de zorg. De eigen betaling

moet ervoor zorgen dat patiënten een afweging maken tussen de baten en de kosten van de zorg, zodat er geen vraag is naar zorg waarvoor de baten onder de kosten liggen. De eigen betaling leidt dus enerzijds tot welvaartsverlies, omdat de risico-averse verzekerde liever een vast bedrag aan zorguitgaven betaalt dan wisselende zorgkosten heeft. Anderzijds leidt de eigen betaling tot welvaartswinst omdat de verzekering goedkoper wordt. Daarnaast moet rekening worden gehouden met externe effecten, die kunnen leiden tot welvaartsverlies als gevolg van de eigen betaling. Een te hoog afgestelde eigen betaling heeft averechtse effecten op het gebruik van zorg. Wanneer een eigen betaling te hoog is vastgesteld dan leidt dit tot het niet-gebruiken van noodzakelijke zorg en daardoor tot gezondheidsschade. Daarbij komt dat de gezondheidsschade op den duur zoveel kan oplopen dat herstel van die schade duurder is dan de oorspronkelijke behandeling waarvan om financiële redenen is afgezien.

Bij het bepalen van de hoogte van de eigen bijdrage moet dus de welvaartswinst als gevolg van een kostenbesparing worden afgewogen tegen welvaartsverlies als gevolg van meer onzekerheid over de zorguitgaven en welvaartsverlies als gevolg van negatieve gezondheidseffecten.

Factoren die het effect van eigen betalingen beïnvloeden

Er zijn een aantal factoren die het effect van de eigen betaling op de zorgkosten en op de gezondheid beïnvloeden: het inkomen van de verzekerde, het type zorg, de kosten-effectiviteit van de zorg, de informatie over de effectiviteit van zorg en de vormgeving van de eigen betaling.

Lagere inkomens zijn gevoeliger voor eigen betalingen dan hogere inkomens. Dit blijkt uit het RAND-experiment waarbij verschillende hoogten en systematieken van eigen bijdragen door toeval werden toegewezen aan verzekerden (Newhouse, 1993). Mensen met een laag inkomen laten zich eerder weerhouden gebruik te maken van zorg als gevolg van een eigen betaling, dan mensen met een hoger inkomen. Voor mensen met een laag inkomen en een chronische ziekte leidde een eigen bijdrage in het RAND-experiment tot een slechtere gezondheid: bij een hogere eigen bijdrage hadden zij een hogere bloeddruk, meer tandbederf, slechter zicht en meer problemen met ademen dan bij een lagere eigen bijdrage (Newhouse, 1993). De zorgkosten stegen echter niet als gevolg van de hogere eigen bijdrage. Uit recent onderzoek naar de gevolgen van verhoging

LUCY KOK EN AENNELI HOUKES

Clusterhoofd zorg en zekerheid en senior onderzoeker bij SEO Economisch Onderzoek

van eigen bijdragen onder ouderen blijkt wel dat de zorgkosten van mensen met een chronische ziekte stijgen als de eigen bijdrage toeneemt (Chandra *et al.*, 2007). Ouderen met een chronische ziekte bleken minder naar de arts te gaan en minder medicijnen te gebruiken als de eigen bijdrage omhoog ging. Doordat zij daardoor uiteindelijk vaker in het ziekenhuis belanden werd de besparing voor een groot deel teniet gedaan (Chandra *et al.*, 2007). Een hoge eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen en een chronische ziekte zal dus per saldo nauwelijks tot lagere zorgkosten leiden. Een prijsprikkel heeft vooral invloed op het gebruik van eerstelijnszorg, omdat de consument hier zelf voor kiest. Als de consument eenmaal ervoor heeft gekozen om gebruik te maken van zorg dan heeft een prijsprikkel veel minder dempende werking op het volume (Cutler en Zeckhauser, 2000). Dit komt doordat de keuze voor vervolfbezoeken meestal door de arts worden gemaakt. Daardoor heeft een eigen bijdrage voor een consult van de huisarts of een behandeling voor fysiotherapie (eerstelijnszorg) een sterker vraagverminderend effect dan een eigen bijdrage voor een consult van een specialist (tweedelijnszorg). Tabel 1 illustreert dit. Verder is ook de mate waarin een behandeling fysiek belastend is van invloed. In feite ervaren patiënten bij belastende behandelingen zoals endoscopisch diagnostisch onderzoek, insuline spuiten of een operatie, wel een prijs: namelijk de fysieke belasting. Het kan zijn dat patiënten hierdoor een betere afweging maken, waardoor de vraag naar deze behandelingen ook zonder eigen bijdrage optimaal is (Liebman en Zeckhauser, 2008). Eigen bijdragen zijn erop gericht de vraag naar niet kosten-effectieve behandelingen te ontmoedigen. Hoe kosten-effectiever een behandeling, hoe minder de vraag naar die behandeling ontmoedigd moet worden. Ontmoediging van behandelingen waarvan de baten hoger zijn dan de kosten leidt tot averechtse effecten op de gezondheid en kan ook uiteindelijk leiden tot hogere kosten van de gezondheidszorg als te laat wordt ingegrepen. Chernen *et al.* (2007) pleiten voor een *value based insurance design*, waarbij de hoogte van de eigen bijdragen afhangt van de kosten-effectiviteit van de behan-

Hoe kosten-effectiever een behandeling, hoe minder de vraag naar die behandeling ontmoedigd moet worden

deling: hoe hoger de kosteneffectiviteit hoe lager de eigen bijdrage. Naar een behandeling waarvan patiënten de effectiviteit onderschatten is minder vraag dan naar behandelingen waarvan patiënten de effectiviteit overschatten. De vraag naar behandelingen waarvan de effectiviteit onderschat wordt, kan daardoor op een optimum liggen: de vraag wordt gestimuleerd doordat patiënten geen prijs betalen als gevolg van de verzekering en afgeremd door de onderschatting van de effectiviteit. Een eigen bijdrage kan beter worden toegepast op behandelingen waarvan patiënten de effectiviteit overschatten (Liebman en Zeckhauser, 2008). De vormgeving van de eigen betaling heeft ook invloed op het vraagverminderende effect. Uiteraard neemt het effect toe naarmate de hoogte van de eigen bijdrage hoger is. Een eigen risico is effectiever dan een eigen bijdrage in de vorm van een kleinere bijdrage per behandeling met hetzelfde maximum (CPB, 2008). Daarnaast moet er bij de vormgeving van de eigen bijdrage ook rekening worden gehouden met substitutie-effecten. Wanneer voor verschillende behandelingen of medicijnen verschillende eigen risico's bestaan kan er substitutie optreden van behandelingen of medicijnen met een hoge eigen betaling naar behandelingen of medicijnen met een lage eigen betaling. Uit het onderzoek van Chandra *et al.* (2007) blijkt dat een verlaging van het eigen risico op generieke geneesmiddelen leidde tot substitutie van merkgeneesmiddelen naar generieke middelen met dezelfde werkzame stof. Dit is gewenste en beoogde substitutie. Er kan ook sprake zijn van ongewenste substitutie. Omdat een eigen risico op vervolgzorg weinig effectief is en alleen maar een negatief effect heeft op het inkomen is het bijvoorbeeld te overwegen om de eigen bijdrage voor vervolgzorg op nul te zetten. Als er dan wel een eigen bijdrage geldt voor huisartsenzorg dan kan dat leiden tot ongewenste substitutie. Patiënten kunnen rechtstreeks naar de specialist gaan of eerder aan de huisarts een doorverwijzing voor een specialist vragen. Dit leidt tot hogere zorgkosten.

De eigen bijdrage in Nederland

Nederland kent voor de basisverzekering voor de curatieve zorg een verplicht eigen risico van 150 euro per persoon. Voor huisartsenzorg geldt geen eigen risico. Kinderen zijn uitgezonderd van het eigen risico en chronisch zieken betalen een lager eigen risico van 103 euro per persoon in 2008 in plaats van 150 euro. Chronisch zieken worden verder via een fiscale regeling gecompenseerd voor hoge zorgkosten. Vrijwel alle chronisch zieken maken meer zorgkosten dan 150 euro (Pomp *et al.*, 2008; Houkes *et al.*, 2008b). De eigen bijdrage heeft voor hen geen remmend effect. Voordeel daarvan is dat het eigen risico geen negatieve effecten heeft op de gezondheid van chronisch zieken. Nadeel is dat chronisch zieken geen afweging tussen prijs en effectiviteit maken, ook niet als het gaat om zorg die niets met hun chronische ziekte te maken heeft. Het effect van het verplicht eigen risico op de zorgconsumptie is klein. Het CPB becijfert het totale effect op zestig miljoen euro minder zorgconsumptie per jaar (CPB, 2008). Door het geringe remmende effect is de zorgconsumptie van voormalig particulier verzekerde patiënten toegenomen na de stelselherziening. Slechts vijf procent van de verzekerden kiest momenteel voor een hoger eigen risico dan het verplichte eigen risico van 150 euro, terwijl voor de stelselherziening ongeveer een derde van de particulier verzekerden voor een hoger eigen risico koos (Goudriaan *et al.*, 2007; Vektis, 2005). Dit heeft geleid tot een toename van de vraag naar tweedelijnszorg (ziekenhuis en specialist) van ex-particulier verzekerden (Van Hertem, 2007).

Een inkomensafhankelijk eigen risico

De zorgconsumptie van niet-kosteneffectieve zorg kan sterker worden geremd door het eigen risico inkomensafhankelijk te maken. Mensen met een hoog inkomen betalen dan bijvoorbeeld 650 euro in plaats van de huidige 150 euro. Om negatieve effecten op de gezondheid van een hogere eigen bijdrage te vermijden kan zorg die bewezen kosteneffectief is buiten het eigen risico worden gehouden. Voor het gebruik van kosten-effectieve zorg hoeven verzekerden dan

Tabel 1

De eigen-betalingen-elasticiteit van de uitgaven naar type zorg.

Type zorg	Elasticiteit
Huisartsen	-0,40
Fysiotherapie	-0,32
Medicijnen	-0,08
Specialist	-0,12
Ziekenhuis	-0,04

Bron: Van Vliet, 2004

SINDS 1916

nooit te betalen, terwijl voor de overige zorg het eigen risico geldt. Voor het bepalen van de optimale eigen bijdrage per zorgvorm is dus veel informatie nodig over de kosteneffectiviteit van de zorg. Voor een aantal behandelingen en medicijnen is wel overduidelijk de kosteneffectiviteit vastgesteld. Dit geldt bijvoorbeeld voor insuline voor mensen met diabetes, maar ook voor een aantal geneesmiddelen voor acute aandoeningen. Omdat vooral voor chronisch zieken een negatief effect op de gezondheid is aangetoond van een hoger eigen risico zou er vooral energie moeten worden gestoken in het achterhalen van de kosteneffectiviteit van behandelingen en medicijnen voor deze groep. Idealiter zou ook de mate waarin een behandeling belastend is en de mate waarin de effectiviteit van de behandeling door patiënten wordt over- dan wel onderschat moeten worden meegewogen in de mate waarin de behandeling wordt uitgezonderd van het eigen risico. Het zal echter al lastig genoeg zijn om de informatie over de kosten-effectiviteit van behandelingen te krijgen.

Het effect van een hoger eigen risico voor de hogere inkomens op de zorgconsumptie zal nog steeds niet spectaculair zijn. Het CPB schat de effecten van een eigen risico van zeshonderd euro voor iedereen op 280 miljoen euro per jaar minder zorgconsumptie. Dat is het effect als het hoge eigen risico ook voor lage inkomens geldt. Het effect van een inkomensafhankelijk eigen risico is dus minder. Maar ook de negatieve effecten op de gezondheid zijn minder.

De inkomenseffecten voor mensen met een gemiddelde zorgconsumptie zijn neutraal. Voor hen maakt het gemiddeld over een aantal jaren financieel niet uit of zij een hoog eigen risico hebben met een lagere premie of een laag eigen risico met een hogere premie. Chronisch zieken met een hoog inkomen zijn vermoedelijk slechter af dan met de huidige regeling. Niet alle zorg die chronisch zieken gebruiken zal buiten het eigen risico kunnen vallen vanwege bewezen kosteneffectiviteit. Chronisch zieken met een hoog inkomen kunnen echter gecompenseerd worden via de fiscale regeling.

Tot slot

In de meeste landen gaat de discussie over de vormgeving van het eigen risico vooral over de inkomenseffecten (Houkes *et al.*, 2008a). De discussie gaat zelden over effecten op het gebruik van zorg. Zo ook de recente discussie in de Tweede Kamer over de fiscale compensatie van eigen betalingen aan chronisch zieken. De effecten op het zorggebruik van verzekerden zijn echter minstens zo belangrijk.

LITERATUUR

- Chandra, A., J. Gruber en R. McKnight (2007) *Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly*. NBER werkdokument nr 12972. Cambridge, Mass.: NBER.
- Chernew, M., W. Encinosa en R. Hirth (2000) Optimal health insurance: The case of observable, severe illness. *Journal of health economics*, 19(5), 585–609.
- CPB (2008) *Gedragseffect van eigen betalingen in de ZVW*. CPB notitie 25 april 2008. Den Haag: CPB.
- Cutler, D. en R. Zeckhauser (2000) The anatomy of health insurance. In: Culyer, A. en J. Newhouse (red.) *Handbook of health economics*, Vol 1A. Amsterdam: Elsevier.
- Goudriaan, R., R. Lalloosingh en P. Vemer (2007) *Eindevaluatie van de no-claimteruggaveregeling*. Den Haag: Ape.
- Herten, M. van (2007) *Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Houkes A., A. Alla en C. Tempelman (2008a) *Cumulatie eigen bijdragen in de zorg*. Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.
- Houkes A., M. Rijken en P. Makai (2008b) *Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek*. Amsterdam/Utrecht: SEO Economisch Onderzoek/Nivel
- Liebman, J. en R. Zeckhauser (2008) Simple humans, complex insurance, subtle subsidies. NBER werkdokument nr 14330. Cambridge, Mass.: NBER.
- Newhouse, J. (1993) *Free for all: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Pomp, J., M. Smit en A. de Boo (2008) *Compensatieregeling Chronisch Ziekten & Gehandicapten – Onderzoek naar een regeling ter compensatie van chronisch zieken en gehandicapten voor ziektegerelateerde meerkosten*. Zeist: Vektis.
- Vektis (2005) *Zorgthermometer juli 2005*. Zeist: Vektis.
- Vliet, R. van (2004) Deductibles and health care expenditures. *International journal of health care finance and economics*, 4(4), 283–305.