

Vrijwillig eigen risico profijtelijker dan gedacht

Tegen het einde van het kalenderjaar kunnen verzekerden van zorgverzekering veranderen en daarbij kiezen voor een vrijwillig eigen risico in ruil voor een premiekorting. In 2014 heeft echter slechts elf procent van de verzekerden hiervoor gekozen, terwijl dit achteraf bezien voor bijna de helft van de bevolking financieel profijtelijk zou zijn geweest. Dit is een gemiste kans omdat een vrijwillig eigen risico bijdraagt aan vermindering van moreel risico.

KAYLEIGH VAN WINSEN
Promovenda aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

RICHARD VAN KLEEF
Universitair docent
aan de Erasmus Uni-
versiteit Rotterdam

WYNAND VAN DE VEN
Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam

Verzekerden kunnen aan het eind van het jaar bij het veranderen van hun zorgverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico in ruil voor een premiekorting. Wanneer zij hiervoor kiezen kan een grote reductie van moreel risico – het gebruiken of verschaffen van meer of duurdere medische diensten, veroorzaakt doordat de verzekering de kosten vergoedt – worden behaald (Zweifel en Manning, 2000). In 2014 heeft slechts elf procent van de volwassenen gekozen voor een vrijwillig eigen risico (Vektis, 2014). Dit staat in schril contrast met Zwitserland – dat een vergelijkbaar zorgsysteem heeft – waar in 2012 57 procent van de volwassenen hiervoor koos (Bundesamt für Gesundheit, 2012). De keuze voor een vrijwillig eigen risico kan door verschillende factoren worden beïnvloed, zoals risicoaversie, status-quo bias, beperkte kennis over het vrijwillig eigen risico en het financiële profijt van het vrijwillig eigen risico. Risicoaversie kan mogelijk een rol spelen omdat onzekerheid bestaat over toekomstige zorgkosten (Rice, 2013). Status-quo bias kan een rol spelen doordat verzekerden hun huidige verzekeringsstatus – inclusief het gekozen eigen risico bedrag – prefereren voor het nieuwe kalenderjaar (Samuelson en Zeckhauser,

1988). Voorts laat eerder onderzoek zien dat verzekerden beperkte kennis hebben over hun zorgverzekering (Reed *et al.*, 2009) en dat zij moeite hebben met het begrijpen van ingewikkelde prijsschema's, waaronder die van premies en eigen betalingen (Liebman en Zeckhauser, 2004; Baicker *et al.*, 2012). Een gebrek aan kennis over het vrijwillig eigen risico kan dus eveneens de keuze beïnvloeden. Ook kan het financiële profijt van een vrijwillig eigen risico de keuze beïnvloeden (Van Kleef *et al.*, 2006). Opmerkelijk is dat Nederlandse verzekeraars een gemiddelde premiekorting van 48 procent van het eigen risico bedrag aanbieden, terwijl alle Zwitserse verzekeraars een premiekorting van 70 procent aanbieden. Hierdoor rijst de vraag of een vrijwillig eigen risico wel financieel profijtelijk is voor Nederlandse verzekerden.

DATA EN METHODE

Om het financiële profijt van het vrijwillig eigen risico te onderzoeken, is de Achmea Health Database gebruikt. Deze database bevat voor 2006–2011 van ruim 800.000 verzekerden de zorgkosten per individu geïnclassificeerd naar elf zorgvormen. Daarnaast bevat de database achtergrondkenmerken zoals geboortjaar, geslacht en in welke farmaciekostengroep (FKG) of diagnosekostengroep (DKG) de verzekerde is geïnclassificeerd. Zowel FKG's als DKG's zijn kenmerken die worden gebruikt als gezondheidsindicator in risicoverevening. Risicoverevening compenseert verzekeraars vooraf voor voorspelbare kostenverschillen tussen verzekerden. FKG's en DKG's zijn respectievelijk afgeleid uit medicijngebruik en gebruik van medisch specialistische zorg in het voorgaande jaar (Van Kleef *et al.*, 2013). Een kanttekening bij de data betreft het feit dat verzekerden in de database gemiddeld gezien minder gezond zijn dan de Nederlandse populatie, waardoor de resultaten een ondergrens vormen van het profijt van het vrijwillig eigen risico.

In Nederland kunnen verzekerden, bovenop het verplicht eigen risico van 360 euro, kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro. De gemid-

delde jaarlijkse premiekorting voor het hoogste eigen risico is 240 euro in 2014. Het financiële profijt van het vrijwillig eigen risico voor een verzekerde is achteraf bepaald door te kijken hoe de individuele zorgkosten onder het vrijwillig eigen risico – uit 2011 aangepast aan het niveau van 2014 – exclusief kosten voor huisartsenzorg en verloskundige zorg, zich verhouden tot de premiekorting. Ook is gekeken naar subgroepen gebaseerd op achtergrondkenmerken. Figuur 1 toont vier scenario's hoe het financieel resultaat van een vrijwillig eigen risico van 500 euro bovenop het verplicht eigen risico van 360 euro met een gemiddelde premiekorting van 240 euro kan uitpakken. Het financieel resultaat is maximaal positief (240 euro, #1) als de zorgkosten lager zijn dan het verplicht eigen risico (A) en maximaal negatief (-260 euro, #4) als de zorgkosten groter zijn dan het verplicht eigen risico plus het vrijwillig eigen risico (C). Een winst tussen 0 en 240 euro (#2) wordt behaald als de zorgkosten tussen A en het verplicht eigen risico plus de premiekorting (B) uitkomen, en een verlies tussen 0 en 260 euro (#3) wordt behaald als de zorgkosten tussen B en C uitkomen. Ook is het effect van de hoogte van het verplicht eigen risico op het profijt van het vrijwillig eigen risico onderzocht, omdat het verplicht eigen risico is gestegen van 150 euro in 2008 naar 360 euro in 2014 en in diezelfde periode het percentage verzekerden met een vrijwillig eigen risico is gestegen van vijf naar elf procent.

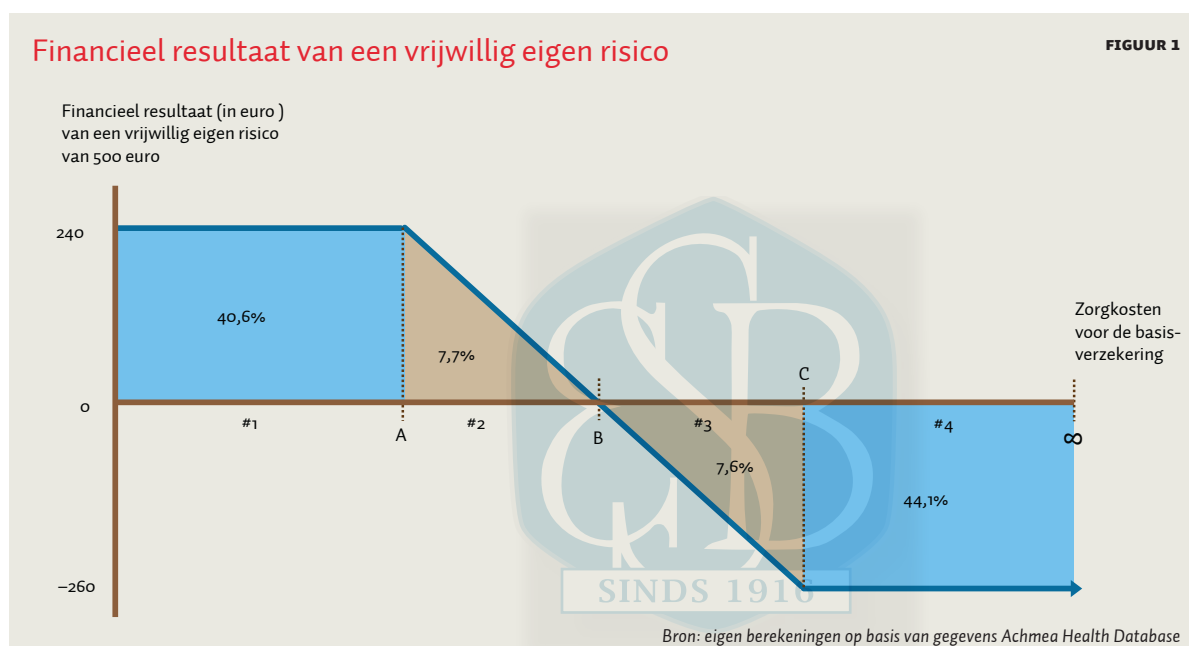
FINANCIËEL PROFIJT RELATIEF HOOG

Tabel 1 is gebaseerd op Van Winssen *et al.* (2014) en toont het financiële profijt van een maximaal vrijwillig eigen risico (500 euro) bovenop het verplicht eigen risico (360 euro) voor de gemiddelde premiekorting (240 euro). Een vrijwillig eigen risico blijkt achteraf gezien profijtelijk voor een aanzienlijk groter deel van de verzekerden, namelijk 48,3 procent, dan het percentage verzekerden dat daadwerkelijk hiervoor heeft gekozen, namelijk 11 procent (Vektis, 2014). Merk op dat het

vrijwillig eigen risico voor deze laatste groep verzekerden niet per sé financieel profijtelijk hoeft te zijn omdat deze verzekerden mogelijk onverwachte hoge zorgkosten hebben. Gemiddeld leidt een vrijwillig eigen risico van 500 euro voor alle verzekerden tot een verlies van 40 euro. Figuur 1 laat zien dat 44 procent van de verzekerden het maximale verlies (-260 euro) zou hebben geleden als zij hadden gekozen voor een vrijwillig eigen risico, terwijl 41 procent in dat geval de maximale winst

een vrijwillig eigen risico leidt voor de meeste verzekerden tot de maximale winst dan wel het maximale verlies

(240 euro) zou hebben behaald. Hieruit blijkt dat een vrijwillig eigen risico voor de meeste verzekerden leidt tot de maximale winst dan wel het maximale verlies, en dat relatief weinig verzekerden kosten onder het vrijwillig eigen risico hebben die tussen 0 en 500 euro liggen. Tussen subgroepen blijkt het financieel resultaat sterk te verschillen (tabel 1). Zo hebben jonge mannen een significant grotere kans dat een vrijwillig eigen risico financieel profijtelijk is dan jonge vrouwen (respectievelijk 0,625 en 0,502), wat mogelijk wordt veroorzaakt door aan zwangerschap gerelateerde kosten. Daarnaast blijkt dat een vrijwillig eigen risico niet profijtelijk is voor verreweg het grootste deel van de verzekerden geclassificeerd in een



De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

FKG – ongeveer 29 procent van de verzekerden in de analyses – resulterend in een zeer sterk negatief resultaat. Voor verzekerden geassocieerd in een DKG – ongeveer vijf procent van de verzekerden in de analyses – is een vrijwillig eigen risico nooit financieel profijtelijk en het gemiddelde resultaat gelijk aan het maximale verlies (260 euro). Een andere belangrijke voorspeller is het profijt van het vrijwillig eigen risico in het verleden. Naarmate een vrijwillig eigen risico in meer voorgaande jaren achteraf gezien financieel profijtelijk zou zijn geweest, is de kans groter dat een vrijwillig eigen risico in het komende jaar profijtelijk is. Zo is deze kans slechts 0,045 wanneer een vrijwillig eigen risico in geen van de vijf voorgaande jaren profijtelijk zou zijn geweest, terwijl deze kans 0,838 is wanneer het in alle vijf voorgaande jaren profijtelijk zou zijn geweest. Ook het bijbehorende gemiddelde resultaat stijgt aanzienlijk naarmate een vrijwillig eigen risico in meer voorgaande jaren profijtelijk zou zijn geweest.

Een vrijwillig eigen risico blijkt achteraf gezien profijtelijk voor een aanzienlijk groter deel van de verzekerden

INVLOED HOOGTE VAN HET VERPLICHT EIGEN RISICO

Tabel 2 toont bij een constante premiekorting dat naarmate het verplicht eigen risico stijgt het percentage verzekerden toeneemt voor wie een vrijwillig eigen risico achteraf gezien financieel profijtelijk zou zijn geweest. Een groter deel van de zorgkosten valt immers onder het verplicht eigen risico naarmate dat hoger is. Ook laten tabel 2 en figuur 1 zien dat een aanzienlijk deel van de verzekerden zorgkosten lager dan het verplicht eigen risico heeft. Voor deze verzekerden zou een vrijwillig eigen risico zelfs met een premiekorting van één euro al financieel profijtelijk zijn.

BELEIDSIMPLICATIES

De resultaten laten zien dat een vrijwillig eigen risico naar verwachting voor een aanzienlijk groter deel van de bevolking financieel profijtelijk is dan het percentage verzekerden dat daadwerkelijk hiervoor heeft gekozen. Het is een gemiste kans dat weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico omdat hiermee een grote reductie van moreel risico behaald kan worden (Zweifel en Manning, 2000). Verzekerden worden door het vrijwillig eigen risico immers geremd in hun zorggebruik, omdat zij mogelijk (een deel van) de zorgkosten uit eigen portemonnee moeten betalen. Een mogelijke strategie om meer verzekerden te laten kiezen voor een vrijwillig eigen risico is het verstrekken van informatie hierover. Deze informatie zou allereerst de mogelijkheid tot het kiezen voor een vrijwillig eigen risico kunnen benadrukken. Daarnaast zou informatie gegeven kunnen worden over de premiekorting en de kans op profijt. Tevens is het belangrijk te benadrukken dat de eerste 360 euro zorgkosten (2014) per jaar niet onder het vrijwillig eigen risico vallen omdat zij onder het verplicht eigen risico vallen. Ten slotte zou benadrukt kunnen worden dat huisartsenzorg en verloskundige zorg zijn uitgesloten van het verplicht en het vrijwillig eigen risico.

Tevens blijkt een vrijwillig eigen risico voor een aanzienlijk deel van de verzekerden niet financieel profijtelijk, zoals voor – een groot deel van – de verzekerden geassocieerd in een FKG of DKG. Dit is jammer omdat een prijsprikkel juist bij deze groep, vanwege hun hoge zorggebruik, zou kunnen leiden tot een substantieel remgeldeffect. De invoering van een verschoven eigen risico zou een vrijwillig eigen risico ook voor hen financieel profijtelijk kunnen maken (Van Kleef *et*

Financieel profijt van een vrijwillig eigen risico

TABEL 1

		Proportie voor wie vrijw. eigen risico profijtelijk is	Gemiddeld resultaat in euro's	Groepsgrootte in procenten van totaal
Totaal		0,483	-40	100
Mannen	18 - 65 jaar	0,625	28	35,6
	65+	0,255	-142	10,4
Vrouwen	18 - 65 jaar	0,502	-32	37,5
	65+	0,245	-146	16,5
FKG	Ja	0,132	-196	28,9
	Nee	0,626	29	71,1
DKG	Ja	0,000	-260	4,7
	Nee	0,507	-30	95,3
Financieel profijtelijk voor x van vijf voorafgaande jaren	x = 0	0,045	-236	30,3
	x = 1	0,248	-141	10,2
	x = 2	0,407	-72	11,3
	x = 3	0,565	-4	13,5
	x = 4	0,707	75	16,6
	x = 5	0,838	149	18,2

Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens Achmea Health Database

Effect hoogte verplicht eigen risico

TABEL 2

	Bedrag in euro's	Zorgkosten verplicht eigen risico, in procenten	Vrijwillig eigen risico profijtelijk, in procenten
Hoogte verplicht eigen risico	0	-	36,0
	170	33,5	43,7
	360	40,6	48,4

Bron: eigen berekeningen op basis van gegevens Achmea Health Database

al., 2009). Hierbij gaat het eigen risico in bij een (monetair) startpunt gebaseerd op relevante achtergrondkenmerken van de verzekerde. Voor verzekerden geclassificeerd in een FKG of DKG kan dit leiden tot een eigen risico dat veel later ingaat dan bij de huidige vormgeving, waardoor de kans dat zij het vrijwillig eigen risico zullen bereiken afneemt en het profijt van het vrijwillig eigen risico voor hen wordt verhoogd. Een eerste stap tot een verschoven eigen risico kan een verschuiving gebaseerd op leeftijd zijn omdat dit naar verwachting al een substantiële verbetering geeft ten opzichte van het huidige eigen risico. Een alternatief om een vrijwillig eigen risico ook voor hoogrisicoverzekerden financieel profijtelijk te maken, is het toestaan van differentiatie van de premiekorting naar risicokenmerken van verzekerden (Van Kleef *et al.*, 2005).

Ten slotte kan verbetering van het risicovereveningsmodel de effectiviteit verminderen van het vrijwillig eigen risico als instrument om moreel risico tegen te gaan (Van Kleef *et al.*, 2007). De premiekorting bestaat immers onder andere uit een zelfselectie-component (Van Kleef *et al.*, 2006). Doordat gezonde verzekerden, gegeven een bepaalde premiekorting, een sterkere prikkel hebben te kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan ongezonde verzekerden, ontstaat marktsegmentatie. Dit betekent dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico gemiddeld gezien gezonder zijn en lagere zorgkosten hebben dan verzekerden zonder vrijwillig eigen risico. Dit verschil in zorgkosten komt tot uiting in de premiekorting en wordt sterk beïnvloed door de kwaliteit van het risicovereveningsmodel. De Nederlandse regering is voornemens het risicovereveningsmodel verder te verbeteren (Tweede Kamer, 2014). Wanneer dit gebeurt, zullen de verschillen in verwachte zorgkosten tussen laagrisicoverzekerden en hoogrisicoverzekerden beter worden gecompenseerd, waardoor de zelfselectie-component van de premiekorting afneemt. Hierdoor zal de premiekorting naar verwachting afnemen en vermindert het financiële profijt van een vrijwillig eigen risico voor verzekerden.

CONCLUSIE

Een vrijwillig eigen risico blijkt voor bijna de helft van de Nederlanders achteraf gezien financieel profijtelijk, terwijl in 2014 slechts elf procent van de verzekerden daadwerkelijk heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico. Een vrijwillig eigen risico is niet profijtelijk voor de meeste verzekerden geclassificeerd in een farmaciekostengroep of diagnosekostengroep en voor verzekerden voor wie een vrijwillig eigen risico in de afgelopen vijf jaar nog nooit financieel profijtelijk zou zijn geweest. Wanneer daarentegen een vrijwillig eigen risico in alle vijf voorgaande jaren profijtelijk zou zijn geweest is de kans groter dan 0,8 dat een vrijwillig eigen risico profijtelijk is. Voor ruim veertig procent van de verzekerden blijkt een vrijwillig eigen risico achteraf gezien profijtelijk omdat hun zorgkosten lager waren dan het verplicht eigen risico van 360 euro. Om de grote discrepantie te begrijpen tussen het percentage verzekerden voor wie een vrijwillig eigen risico naar verwachting financieel profijtelijk is en het percentage verzekerden dat er daadwerkelijk voor kiest, is verder onderzoek noodzakelijk naar andere determinanten dan het financieel profijt die de keuze voor een vrijwillig eigen risico beïnvloeden zoals risicoaversie, status-quo bias en beperkte kennis.

LITERATUUR

- Baicker, K., W.J. Congdon en S. Mullainathan (2012) Health insurance coverage and take-up: lessons from behavioral economics. *Milbank Quarterly*, 90(1), 107–134.
- Bundesamt für Gesundheit (2012) *Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2012*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2005) Premiekorting bij een eigen risico: geen verbod op differentiatie. *ESB*, 90(4459), 203–205.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2006) A voluntary deductible in social health insurance with risk equalization: community-rated or risk-rated premium rebate? *Journal of Risk and Insurance*, 73(3), 529–550.
- Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2007) Does risk equalization reduce the viability of voluntary deductibles? *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 7(1), 43–58.
- Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2009) Shifted deductibles for high risk: more effective in reducing moral hazard than traditional deductibles. *Journal of Health Economics*, 28(1), 198–209.
- Kleef, R.C., van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven (2013) Risk equalization in the Netherlands: an empirical evaluation. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 13(6), 829–839.
- Liebman, J.B. en R.J. Zeckhauser (2004) *Schedulung*. Intern werkdocument aan de Harvard University.
- Reed, M., V. Fung, M. Price et al. (2009) High-deductible health insurance plans: efforts to sharpen a blunt instrument. *Health Affairs*, 28(4), 1145–1153.
- Rice, T. (2013) The behavioural economics of health and health care. *Annual Review of Public Health*, 34, 431–447.
- Samuelson, W. en R. Zeckhauser (1988) Status-quo bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1(1), 7–59.
- Tweede Kamer (2014) *Brief van Minister E.I. Schippers betreffende commissiebrief inzake SO Risicovereveningsmodel 2015*, 646298(124042).
- Vektis (2014) *Zorgthermometer: verzekerden in beweging 2014*. Zeist: Vektis.
- Winssen, K.P.M. van, R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven (2014) *How attractive is opting for a voluntary deductible?* Intern werkdocument. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Zweifel, P. en W. Manning (2000) Moral hazard and consumer incentives in health care. In: Culyer, A.J. en J.P. Newhouse (red.) *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier, 409–459.