



Zorg voor eigen betalingen

Auteur(s):

R.J. van den Brink en A.G. Meijer*

De auteurs zijn werkzaam bij de directie Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Zij bedanken Joens Visser en Rob van Puijenbroek voor hun commentaar. Dit artikel is gebaseerd op een binnenkort verschijnende onderzoeksnota van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport genaamd Verkenningen naar eigen betalingen; beschrijving van de theorie achter en de praktijk in België en Frankrijk.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4329, pagina 779, 12 oktober 2001

Rubriek:**Trefwoord(en):**

zorgconsumptie

Nederland kende in het verleden eigen betalingen voor zorg. Deze remden de zorgconsumptie echter nauwelijks en zijn afgeschaft. Door de discussie over de toekomst van de zorg zijn ze nu weer actueel. Welk aanknopingspunt bieden buitenlandse ervaringen ons voor een effectieve vormgeving?

In de discussie over de toekomst van het zorgstelsel spelen eigen betalingen een belangrijke rol¹. Eigen betalingen worden beschouwd als middel om de individuele verantwoordelijkheid te vergroten en zorgverstrekkingen te prikken. Nederland kent weinig eigen betalingsregelingen². Voorstanders van eigen betalingen verwijzen veelal naar het Belgische en Franse systeem dat hoge eigen betalingen kent. Nu kan Nederland niet zonder meer een buitenlands systeem kopiëren. Een 'natuurlijk' systeem van eigen betalingen bestaat namelijk niet. We moeten keuzes maken die passen binnen het Nederlandse zorgstelsel.

Nut van eigen betalingen

Bij volledige verzekeringen ontbreekt een directe prijsprikkel. Verzekerden consumeren het verzekerde product, zonder daarvoor direct te betalen. Dit veroorzaakt het zogenoemde morele risico; meerconsumptie door het hebben van een verzekering. Wel betalen verzekerden bij een verzekering indirect een prijs: de verzekeringspremie. Als iedere verzekerde meer consumeert dan in de premiestelling verwacht, zal de premie stijgen. Deze stijgende premie zal echter geen rem zetten op de individuele consumptie van de verzekerde. Directe prijsprikkels, in de vorm van eigen betalingen, doen dit wel. Door een prijs lopen verzekerden immers direct een financieel risico, waardoor zij een afweging maken tussen schaarse middelen en de noodzaak het verzekerde product te consumeren.

Wanneer het verzekeringsproduct een zorgverstrekking is - bijvoorbeeld uit het Nederlandse ziekenfonds - spreken wij niet van moreel risico maar van overconsumptie. Overconsumptie is het onnodig gebruik van zorg, die kan vervallen zonder ten koste te gaan van de gezondheid. Een positief neveneffect is dat beschikbare collectieve middelen niet langer worden gebruikt voor niet-noodzakelijke zorg.

Een andere reden voor eigen betalingen in de zorg is het realiseren van medefinanciering. De introductie van eigen betalingen zorgt voor een verschuiving van de financiering van de overheid naar het individu. Hierdoor dalen de publieke uitgaven aan de zorg. De collectiviteit subsidieert de zorg niet langer voor honderd procent, maar voor een lager percentage. De individuele verantwoordelijkheid neemt daardoor toe.

België en Frankrijk

Bovenstaande motieven voor eigen betalingen vinden we terug in België en Frankrijk. In beide landen bestaan eigen betalingen in de vorm van verplichte bijbetalingen. Omdat in deze landen sprake is van een restitutie-systeem, betalen de verzekerden eerst de prijs van de verstrekking. Later ontvangen zij van de verzekeraar het verschil tussen de verplichte bijbetaling en de prijs van de verstrekking terug. Daarbij zijn de meeste bijbetalingen een percentage van de prijs van de verstrekking, de procentuele bijbetaling. Er bestaan ook bijbetalingen in de vorm van een vast bedrag, de eigen bijdrage. [tabel 1](#) geeft het niveau van eigen betalingen weer.

Tabel 1. Hoogte van de verplichte bijbetalingen in België en Frankrijk

zorgverstrekkingen	verplichte bijbetaling	
	België	Frankrijk
consultatie huisarts	30%	30%
huisbezoek door een huisarts	35%	30%
consultatie specialist	40%	30%
fysiotherapie	40%	40%
levensnoodzakelijke geneesmiddelen (tegen kanker en epilepsie)	0%	0%
sociaal en medisch nuttige geneesm.	25%	35%

(tegen astma en hoge bloeddruk comfortmedicijnen (bijv. tegen buikloop) overige geneesmiddelen (pijnstillers, slaapmiddelen)	(max. € 9,30) 50% tot 80%	65%
opnamekosten ziekenhuis	27 euro	0 euro
hotelkosten ziekenhuis	11 euro	11 euro a

a. In Frankrijk zijn de hotelkosten beperkt tot de eerste dertig dagen.

De procentuele bijbetalingen liggen in beide landen boven de 25 procent en gelden voor vrijwel alle zorgverstrekkingen, waaronder de huisartsen- en de specialistenzorg. De eigen bijdragen voor de hotelkosten in een ziekenhuis bedragen circa elf euro per dag. Bovendien betalen Belgen bij opname in het ziekenhuis een bedrag van circa € 27.

Toegankelijkheidsmaatregelen

Zowel de Belgische als de Franse overheid hebben maatregelen genomen die garanderen dat de zorg voor verzekerden financieel toegankelijk blijft en niet ten koste gaat van de gezondheid. Zo heeft de Belgische overheid een inkomensafhankelijke limiet aan eigen betalingen ingesteld van drie à vier procent van het inkomen (zie [tabel 2](#)). Bovendien hoeven kwetsbare groepen in België ongeveer twintig procentpunt minder bij te betalen dan de percentages vermeld in [tabel 1](#)³.

Tabel 2. Inkomensafhankelijke limiet voor bijbetalingen per gezin in België, in euro's

besteedbaar inkomen per gezin	jaarlijks plafond aan bijbetalingen
0 - 13.385	446
13.386 - 20.575	645
20.576 - 27.764	992
27.765 - 34.705	1388
34.706 - 49.578	1785
> 49.579	2479

Bron: Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid (België).

In Frankrijk bestaat geen limiet aan de eigen betalingen. Het is in Frankrijk echter gebruikelijk dat bijbetalingen aanvullend worden herverzekerd - 84 procent van de bevolking doet dit⁴. Voor lage inkomensgroepen, onder het Nederlands bijstandsniveau, biedt de Franse overheid een gratis aanvullende verzekering aan, om de bijbetalingen volledig te herverzekeren. Bovendien heeft de overheid een lijst van dertig ziekten opgesteld. Fransen die aan één van deze ziekten lijden, hoeven niet bij te betalen. Artsen mogen daarnaast een verzoek voor vrijstelling van eigen betaling indienen voor verzekerden die aan meerdere ziekten lijden, maar die niet op de lijst staan.

Effectiviteit

Beperken bijbetalingen in België en Frankrijk inderdaad de overconsumptie? Het weinige empirisch onderzoek naar de effectiviteit van eigen betalingen in België en Frankrijk laat een tegenstrijdig beeld zien. Belgisch onderzoek bevestigt het afremmen van het moreel risico. Een stijging van de procentuele bijbetalingen met tien procent voor de huisarts in 1993, leidde tot een daling van het huisartsbezoek met 1,4 procent en het huisbezoek met 3,5 procent⁵. Het Franse onderzoek toont daarentegen aan dat verhogingen van eigen betalingen niet hebben geleid tot vraagveranderingen in de extramurale zorg (denk aan huisartsen)⁶. De reden voor de afwijkende uitkomsten ligt vermoedelijk in de vormgeving van het zorgstelsel. België verbiedt herverzekering van eigen betalingen (uitgezonderd ziekenhuiszorg), terwijl Frankrijk volledige herverzekering toestaat. Door deze herverzekering blijft overconsumptie bestaan. Hieruit kunnen we concluderen dat bijbetalingen alléén geen voldoende voorwaarde zijn om overconsumptie tegen te gaan.

Onderzoeksresultaten uit de vs (RAND-ziektekostenverzekeringsexperiment) naar eigen betalingen in de zorg laten bovendien zien dat de prijsgevoeligheid voor extramurale zorg en ziekenhuiszorg verschilt⁷. Bij bijbetalingspercentages tussen de 0 en 25 procent is de elasticiteit in beide gevallen -0,17, maar boven de 25 procent verschilt zij. De prijselasticiteit van ziekenhuiszorg is dan -0,14 en voor extramurale zorg -0,31. Dit alles betekent dat bij een verhoging van de bijbetalingen van 25 procent naar 35 procent, de consumptie van ziekenhuiszorg met 1,4 procent en voor extramurale zorg met 3,1 procent daalt. Een mogelijke verklaring voor deze verschillende waarden is de mate van noodzakelijkheid. Ziekenhuiszorg is vaak urgenter dan extramurale zorg, waardoor de overconsumptie bij ziekenhuiszorg relatief kleiner zal zijn. Terwijl hogere bijbetalingspercentages voor de extramurale zorg nog wel extra bijdragen tot een verdere daling van de overconsumptie, is dit voor de ziekenhuiszorg niet het geval. Het hanteren van verschillende bijbetalingspercentages per zorgverstrekking is dan ook een mogelijkheid.

Eigen betalingen in Nederland

Begin jaren tachtig kenden we in Nederland de medicijnenknaak. Later zijn andere pogingen ondernomen om eigen betalingen in de curatieve zorg (denk aan de ziekenfondszorg) te introduceren, zoals het specialistengeeltje. De meest uitgebreide introductie van eigen betalingen heeft in 1997 plaatsgevonden; de Algemene Eigen Bijdragerегeling in het ziekenfonds (AEB-regeling). Met deze regeling wilde de overheid zowel medefinanciering realiseren als het moreel risico tegengaan. De hoogte van de procentuele bijbetalingen bedroeg onder deze regeling twintig procent van de gemaakte kosten. Voor de huisarts, tandarts en verloskundige bestonden geen bijbetalingen (nul procent). Daarnaast bestond een eigen bijdrage van ongeveer vier euro voor een ligdag in een ziekenhuis. De totale

bijdragen waren per jaar gemaximeerd op negentig euro. Voor kwetsbare groepen was dit € 45.

Verschillen met het buitenland

De AEB-regeling in Nederland kende vier opvallende verschillen met de bijbetalingen in België en Frankrijk. Ten eerste was een groot aantal zorgverstrekkingen uitgesloten van eigen betalingen. De eigen betalingen in de AEB-regeling hadden slechts betrekking op zorg die toegankelijk was na een verwijzing van de huisarts. In België en Frankrijk gelden daarentegen voor nagenoeg alle zorg die direct toegankelijk is (daaronder vallen ook specialisten of fysiotherapeuten) bijbetalingen. Het tweede verschil is de hoogte van de bijbetalingen. Terwijl in Nederland werd gekozen voor bijbetalingen met een maximum van twintig procent zijn de (standaard) bijbetalingen in België en Frankrijk procentueel hoger. Het derde verschil is de limiet aan eigen betalingen. Was dit in de AEB-regeling negentig euro, in België ligt de limiet voor de lage inkomensgroepen op € 446. In Frankrijk is er geen limiet, maar kunnen Fransen eigen betalingen herverzekeren. Ten slotte is er het verschil in verzekeringssystemen. België en Frankrijk kennen het restitutie-systeem, waarbij de verzekerden achteraf een tegemoetkoming in de kosten ontvangen. Nederland kent het naturasysteem, waarbij in de AEB-regeling de verzekeraars achteraf de eigen betaling moesten verhalen op de gebruiker van de verstrekking.

Heldere keuzes

De AEB-regeling is in 1999 ingetrokken, omdat de uitvoeringskosten niet 'terugverdiend' werden. Overconsumptie werd niet geremd en de lage limiet aan bijbetalingen bracht te weinig besparingen aan publieke uitgaven op.

Bij een hernieuwde introductie van eigen betalingen zal een duidelijk nut van zulke bijdragen aanwezig dienen te zijn. Nut kan zijn gelegen in het verminderen van overconsumptie en, bij een voorkeur voor een kleinere overheid, ook in vermindering van collectieve lasten, door medefinanciering. Het economisch nut van eigen betalingen is het grootst als zowel overconsumptie wordt tegengegaan als medefinanciering wordt bereikt, zoals in België. Het nut is kleiner als alleen medefinanciering wordt bereikt, zoals in Frankrijk. De beslissende keuze voor de vormgeving van eigen betalingen is: kiezen we voor het beperken van overconsumptie en medefinanciering of kiezen we alleen voor medefinanciering?

Bij de vormgeving dient men een aantal vragen te beantwoorden. Ten eerste de vraag of de mogelijkheid van herverzekering wordt geboden. Wil men overconsumptie tegengaan dan is het antwoord 'nee', net als in België, en zal de overheid herverzekering moeten verbieden. Als het alleen gaat om medefinanciering is dit niet nodig.

De tweede vraag is of een aantal zorgverstrekkingen moet worden uitgezonderd van eigen betalingen. In België en Frankrijk bestaan geen uitzonderingen, levensnoodzakelijke geneesmiddelen daargelaten. In de AEB-regeling was de eerstelijnszorg uitgezonderd. Het reeds genoemde RAND-experiment laat echter zien dat juist daar de overconsumptie het grootst is. Het meeste effect op overconsumptie wordt dus bereikt als bijbetalingen ook betrekking hebben op eerstelijnszorg.

De derde vraag is hoe hoog de eigen betalingen moeten zijn. De bijbetalingen in België en Frankrijk zijn naar Nederlandse maatstaven hoog. Wanneer het motief voor eigen betalingen in Nederland het tegengaan van het moreel risico is, dan zullen de bijdragen voor zorgverstrekkingen waarop de verzekerde zelf invloed kan uitoefenen (extramurale zorg) zich op termijn minimaal rond de 25 procent moeten bevinden omdat dan de meeste overconsumptie wordt tegengegaan. Voor ziekenhuiszorg kan dit percentage lager liggen.

De laatste vraag betreft de limitering van eigen betaling. Bij het tegengaan van overconsumptie mag het limietbedrag niet te laag zijn. Een relatief lage limiet geeft de verzekerde de mogelijkheid hierop te anticiperen en extra zorg te consumeren opdat de limiet toch wordt gehaald.

Naast de vormgeving van eigen betalingen is het verzekeringssysteem van belang. Eigen betalingen zijn makkelijker te integreren in een restitutie- dan in een naturasysteem. In een naturasysteem zijn de uitvoeringskosten van een eigen betalingsregeling hoger, omdat het vraagt om extra handelingen van de zorgverstrekkers dan wel van de verzekeraars⁸. In Nederland bestaat voor ziekenfondsverzekerden het naturasysteem en voor particulier verzekerden het restitutie-systeem.

Bij dit alles is een absolute voorwaarde dat de toegang tot de zorg gegarandeerd is. De oplossingen die daarvoor gekozen zijn in Frankrijk en België, en de lessen die daaruit zijn te trekken, zijn van groot belang.

Besluit

In Nederland is een roep opgekomen om de eigen verantwoordelijkheid van de burger in de zorg te vergroten. Het introduceren van eigen betalingen is daarvoor een mogelijkheid. Dit vraagt echter wel om het maken van keuzes. België en Frankrijk hebben laten zien dat het effectief gebruik van bijbetalingen om medefinanciering en vermindering van overconsumptie te bereiken mogelijk is. Uit een vergelijking met die landen blijkt dat de economische opbrengst het grootst is als we kiezen voor het tegengaan van het moreel risico. Voor Nederland betekent dit hogere eigen betalingen voor extramurale zorg dan voor ziekenhuiszorg, geen limiet of een hoge limiet aan de jaarlijkse eigen betalingen en het verbieden van herverzekering. Bij medefinanciering spelen deze keuzes in veel mindere mate. Waar we ook voor kiezen, het garanderen van de toegang tot zorg blijft van levensbelang

¹ Zie in het bijzonder Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Vraag aan bod; hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*, juli 2001.

² Nederland kent wel eigen betalingen in de AWBZ en bij de particuliere verzekeringen. Daarnaast zijn er enkele binnen het ziekenfonds, zoals die voor orthopedisch schoeisel.

- 3** Deze groep bestaat uit weduwen(-naars), invaliden, gepensioneerden en wezen, met een uitkering op minimumniveau.
- 4** A. Bocagnano e.a., *La complémentaire maladie en France: qui bénéficie de quels remboursements?*, CREDES, Parijs, 1998.
- 5** Van de Voorde e a., Effects of cost sharing on physician utilisation under favourable conditions for supplier-induced demand, *Health Economics*, jrg. 10, nr. 5, 2001, blz. 457-471.
- 6** P.A. Chiappori e.a., Moral hazard and the demand for physician services, *European Economic Review*, jrg. 42, 1998, blz. 499-511.
- 7** P. Zweifel en W.G. Manning, Moral hazard and consumer incentives in health care, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), *Handbook of health economics*, 2000, blz. 441.
- 8** Zo int in een natuursysteem de zorgverstreker de bijbetaling bij de patiënt of ontvangt de verstreker deze van de verzekeraar, die de bijbetalingen dan verrekent met de verzekerde.