

Remgeld in Nederland, een terugkerende discussie

Sandra Adamini, Piet de Bekker en Wija Oortwijn

In de zomerperiode kwam een evaluatierapport uit van onderzoeksbureau Ecorys waarin werd geconstateerd dat het verplicht eigen risico daadwerkelijk een afremmende werking heeft.¹ Mensen blijken af te zien van zorgconsumptie. Een negatief effect op de gezondheid van mensen kon daarbij niet worden aangetoond. Het zittende kabinet heeft het besluit – eerder genomen en als wetsvoorstel door het vorige demissionaire kabinet ingediend bij de Tweede Kamer – om het verplicht eigen risico te verhogen tot 220 euro overgenomen. Er is echter een belangrijke reden om af te zien van een dergelijke verhoging.

Inleiding

Vanaf 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het bedrag wordt jaarlijks door het kabinet vastgesteld. Het verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (150 euro in 2008, 155 euro in 2009, 165 euro in 2010 en 170 euro in 2011) voor rekening van de verzekerde komen. In 2012 wordt het eigen risico aanzienlijk verhoogd naar 220 euro.² Onder het eigen risico vallen alle zorgkosten met uitzondering van huisartsenzorg, verloskunde en kraamzorg en ketenzorg voor chronisch zieken. Het instrument is bedoeld om mensen bewuster te maken van de kosten van hun zorggebruik om op die manier een remmende werking te realiseren. Daarnaast wordt een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogd.

De discussie over gedragseffecten

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw heeft RAND een grootschalig experimenteel onderzoek uitgevoerd naar de effecten van eigen betalingen op de gezondheid. Deelnemende gezinnen kregen een zorgverzekering zonder hiervoor een premie te betalen. De dekking van de verzekering omvatte vrijwel alle vormen van medische zorg en was voor alle deelnemers gelijk. De eigen betalingen waren echter verschillend. De belangrijkste uitkomsten van het experiment zijn samengevat in verschillende overzichtsartikelen:³

- Prijselasticiteit van de vraag naar zorg ligt tussen -0.17 en -0.22;
- Voor extramurale zorg geldt een iets hogere elasticiteit dan voor intramurale zorg, namelijk tussen -0.17 en -0.31;
- Er is geen verschil in gedragseffect voor 'effectieve' zorg en 'ineffectieve' zorg;
- Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat substitutie een belangrijke rol speelt;
- De effecten van eigen betalingen zijn groter voor verzekerden met een laag inkomen;
- Er is geen effect gevonden van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden.

De omvang van het gedragseffect van eigen betalingen binnen de Nederlandse Zvw is ook onderwerp van studie en discussie. Bij de invoering van de no-claim teruggaveregeling in 2004 gaf het Centraal Planbureau (CPB) een inschatting van het gedragseffect. Bij een maximale eigen bijdrage van 250 euro per verzekerde per jaar zou het gedragseffect ruim 300 miljoen euro bedragen. In 2006 stelde het CPB dit gedragseffect naar beneden bij (150 miljoen euro). Bij de vervanging van de no-claim teruggaveregeling door het verplicht eigen risico in 2008

¹ Dit artikel is grotendeels gebaseerd op tekst uit het rapport Evaluatie naar het verplicht eigen risico, (Ecorys, Rotterdam, 25 mei 2011). In dat rapport zijn alle relevante literatuurverwijzingen opgenomen. Ook is de brief met reactie aan de Tweede Kamer (2011, 29 689, nr. 325) gebruikt.

² Officieel bedraagt de verhoging 40 euro (naar 210 euro). Daarnaast is er zoals ieder jaar een indexering (aanpassing aan de inflatie) waardoor het verplicht eigen risico in 2012 uitkomt op 220 euro.

³ Bijvoorbeeld P. Zweifel en W.G. Manning (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care in A.J. Culyer en J.P. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, volume 1, part A, 409-459.

stelde het CPB het gedragseffect op basis van aanvullende berekeningen verder naar beneden bij naar 60 tot 100 miljoen euro.

Het CPB gebruikt bij de analyse van het gedragseffect de prijselasticiteit zoals Van Vliet (2004) deze eerder heeft berekend. Van de Ven en Schut stellen in TPEdigitaal (2010, jaargang 4, nr.1) dat het CPB de prijselasticiteit niet goed heeft toegepast. Niet alle groepen reageren op dezelfde wijze op eigen betalingen. Slechts van een beperkt aantal groepen wordt verwacht dat zij hun zorggebruik beperken. Het CPB werkt met een gemiddelde prijselasticiteit van remmers en niet-remmers. In de analyse wordt echter alleen de groep die verwacht wordt te remmen in beschouwing genomen. Voor de groep remmers is de prijsgevoeligheid echter hoger dan gemiddeld. Hierdoor wordt het gedragseffect onderschat. Douven en Mannaerts antwoorden hierop (TPEdigitaal, 2010, jaargang 4, nr.2) dat het CPB bewust een lagere prijsgevoeligheid gebruikt omdat het gedragseffect van eerdere maatregelen (no-claim teruggavereregeling, eigen bijdrage) gering zijn gebleken. Daarnaast kent het berekenen van prijselasticiteit veel methodologische moeilijkheden. Het blijkt lastig om prijselasticiteiten die berekend zijn onder bepaalde omstandigheden één-op-één toe te passen op andere analyses zoals het gedragseffect van het verplicht eigen risico.

Aanvullend materiaal: verdiepingsslag op verzekerdenniveau

De schatting van het gedragseffect in het evaluatieonderzoek van Ecorys verschilt met eerder genoemde onderzoeken. De schatting is gebaseerd op een natuurlijk experiment omdat gebruik wordt gemaakt van de invoering van het verplicht eigen risico in een bepaald jaar en vanaf een bepaalde leeftijd om een behandelings- en controlegroep te definiëren, zonder enige selectie.

Door middel van een econometrische analyse op basis van empirische gegevens op verzekerdenniveau, is in de evaluatie onderzocht in hoeverre er sprake is van een gedragseffect van het verplicht eigen risico. Uit de empirische gegevens blijkt dat de chronisch zieken, in dit onderzoek gedefinieerd als verzekerden met een Farmaceutische kostengroep (FKG) of Diagnose Kostengroep (DKG), geen gedragseffect laten zien. Dit komt waarschijnlijk doordat chronisch zieken van tevoren weten dat ze het eigen risico toch wel vol zullen maken. Bij de schatting van het gedragseffect is deze groep daarom verder buiten beschouwing gelaten. Het onderzoek richt zich op 17 en 18 jarigen zonder een FKG/DKG, kortom jonge en niet-chronisch zieke Nederlanders. Het onderzoek betreft de jaren 2007 en 2008 waarbij is uitgegaan van het toen geldende eigen risico van 150 euro.

De evaluatie laat een gedragseffect zien voor verzekerden die 17 jaar oud waren in 2007 en 18 jaar in 2008 van -2,6%-punt tot -7,3%-punt. Indien dit gedragseffect representatief zou zijn voor de gehele populatie (uitgezonderd chronisch zieken) zou een extrapolatie van dit een gedragseffect tussen de € 275 miljoen en € 772 miljoen euro impliceren. Juist van de groep 17-18 jarigen wordt echter aangenomen dat zij relatief prijsgevoelig zijn, onder meer samenhangend met hun relatief lage zorgkosten en inkomen. De bandbreedte van het gedragseffect voor de gehele populatie zal daarom naar alle waarschijnlijkheid lager zijn.

Andere onderwerpen in de evaluatie

Financieringsverschuiving

Naast het gedragseffect – een onderwerp waar gezondheidseconomen altijd een bovengemiddelde interesse voor hebben – besteedt Ecorys in het evaluatieonderzoek aandacht aan een groot aantal andere onderwerpen. Zo zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico ingeschat op ongeveer 1,3 miljard euro. De financieringsverschuiving van collectief naar privaat is derhalve succesvol te noemen. Uit OECD cijfers blijkt overigens dat Nederland in internationaal perspectief gezien nog altijd behoort tot de landen met relatief weinig eigen betalingen.

Informatievoorziening

Ecorys is positief over de informatievoorziening door zorgverzekeraars, al constateren de onderzoekers tegelijkertijd dat verzekerden niet altijd even goed op de hoogte zijn van de werkingssfeer van de regeling. Zo denkt een grote groep mensen (onterecht) dat de huisarts onder het eigen risico valt.

Uitvoering van de Compensatie eigen risico

De evaluatie besteedt aandacht aan de uitvoering van de Compensatie eigen risico (CER) door het Centraal Administratiekantoor (CAK). In 2008-2009 kreeg de uitvoering van de compensatieregeling veel politieke en publicitaire aandacht. Dit was voornamelijk het gevolg van de lastige afbakening van de doelgroep: een grote groep mensen kreeg geen compensatie terwijl ze wel chronisch patiënt zijn. Dit hing samen met de praktische politieke en beleidsmatige keuze om voor de te hanteren criteria aan te sluiten bij bestaande registraties. Inmiddels verloopt de uitvoering van de CER op alle fronten goed. In 2010 waren er ruim 1,95 miljoen rechthebbenden en werden 1,92 miljoen betalingen verricht.

Uitvoeringskosten

De uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico bedragen 40 miljoen euro en zijn daarmee hoger dan verwacht. Deze kosten worden grotendeels bepaald door het aanmaken en verzenden van specificaties bij de inning van het verplicht eigen risico en telefonisch contact naar aanleiding hiervan. De meest informatieve manier van informeren – dat wil zeggen na iedere genoten zorg inzicht geven in de uitputting van het verplicht eigen risico – is tevens de duurste manier vanwege de bijkomende portokosten. Er zijn echter grote verschillen tussen zorgverzekeraars.

Sturingsinstrument

Innen van een eigen risico is geen doel op zich, maar een instrument om gebruik van niet-noodzakelijke en ineffektieve zorg af te remmen. Mensen denken immers wel twee keer na om voor 170 euro een onnodige behandeling te ondergaan. Om het gewenste gedragseffect – de juiste zorg op het juiste moment en de juiste plaats – te stimuleren beschikken de zorgverzekeraars over het zogeheten sturingsinstrument. Zij hebben de mogelijkheid bepaalde zorgvormen en/of zorgaanbieders van het verplicht eigen risico uit te sluiten. Inning van het eigen risico vervalt bijvoorbeeld voor preferente zorgaanbieders, hulpmiddelen en geneesmiddelen evenals (preventieve) zorg die in de vorm van een bepaald programma wordt aangeboden.

Uit de evaluatie blijkt dat het sturingsinstrument tot op heden niet het effect heeft dat in beginsel beoogd werd met dit instrument. Dit heeft verschillende oorzaken. Voor zorgverzekeraars blijkt het lastig om verzekerden goed te informeren over het sturingsinstrument: ze vinden het veelal te complex of zijn überhaupt niet bekend met het instrument. Als gevolg hiervan is het sturingsinstrument tot dusver slechts beperkt ingezet door zorgverzekeraars. In de evaluatie wordt de verwachting uitgesproken dat bij een hoger eigen risico het belang en de effectiviteit van het sturingsinstrument zullen toenemen.

Beleidsreactie

In een brief aan de Tweede Kamer (TK, 2010-2011, 29 689, nr. 325) reageert minister Schippers op de uitgevoerde evaluatie:

- “Het verplicht eigen risico is een van de instrumenten om de collectieve zorguitgaven ook op de lange termijn betaalbaar te houden. Het beoogt niet alleen een financieringsverschuiving van collectief naar privaat te bewerkstelligen, het verplicht eigen risico geeft ook uitdrukking aan de eigen verantwoordelijkheid die een ieder heeft voor een gezond leven. Het draagt eraan bij dat alleen een beroep op de zorg wordt gedaan als dat echt nodig is.”

- “Op basis van de analyse is het kabinet van mening dat het verplicht eigen risico om verschillende redenen een doeltreffend instrument is. In de evaluatie komt een aantal verbeterpunten naar voren, vooral gericht op de uitvoering, informatievoorziening en de inzet van het sturingsinstrument.”
- “Hoewel er nog onzekerheid bestaat over de precieze hoogte van het gedragseffect, is wel aangetoond dat het verplicht eigen risico een significante remmende werking heeft op het zorggebruik. Vooralsnog wordt aangenomen dat de negatieve gezondheidseffecten van het verplicht eigen risico gering zullen zijn. Bovendien is de beoogde financieringsverschuiving bijna volledig gerealiseerd. Het verplicht eigen risico en de verdere verhoging dragen ertoe bij dat de nominale premie minder hard zal stijgen, zodat de collectieve zorguitgaven ook op de langere termijn betaalbaar blijven.”

Toch reden om af te zien van de voorgenomen verhoging

Allerlei relevante (politieke en financiële) doelen kunnen een argument zijn vóór het verhogen van het eigen risico, zoals houdbare solidariteitsarrangementen of verdringing van andere overheidsuitgaven zoals onderwijs. Een ander uiterst relevant onderwerp is niet onderzocht en komt daardoor in de evaluatie van Ecorys en de beleidsreactie van minister Schippers niet aan bod. En dat is de financiële toegankelijkheid van zorg voor de burgers. Naast de politieke en departementale werkelijkheden rond Budgettaire Kaders, Miljoenennota's en pogingen om de betaalbaarheid van de collectieve zorguitgaven onder controle te houden, is er een werkelijkheid van burgers in het land die moeite hebben om de eindjes aan elkaar te knopen. Verzekeraars rapporteren een jaarlijkse toename van het aantal verzoeken om gespreide betaling van de reguliere premie, maar ook van het verplicht eigen risico. De belangrijkste oorzaken hiervan zijn het jaarlijks oplopende bedrag van premie en verplicht eigen risico, almede de algemene financiële situatie van huishoudens. Na iedere verhoging van het verplicht eigen risico per 1 januari is een duidelijke toename van telefonische contacten met verzekerden zichtbaar.

Dit zelfde beeld komt terug in een recent uitgevoerde evaluatie naar de Wanbetalersregeling in de Zorgverzekeringswet.⁴ Er is een toenemende groep mensen die wel verzekerd is maar niet (structureel) aan zijn betalingsverplichting voldoet. Tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars kwam meerdere malen expliciet aan de orde dat steeds meer verzekerden een verzoek indienen voor een betalingsregeling als zij (onverwachts) worden geconfronteerd met hun steeds hoger eigen risico. De financiële toegankelijkheid van de zorg voor individuele burgers is in het geding. En dat is in een zorgstelsel dat competitie en solidariteit combineert een zorgelijke ontwikkeling.

Sandra Adamini is werkzaam als consultant Health bij Ecorys, **Piet de Bekker** is partner bij zorgVuldig Advies en geassocieerd consultant bij adviesbureau Berenschot en **Wija Oortwijn** (projectleider) is partner bij Ecorys. Ecorys heeft in samenwerking met Berenschot het evaluatieonderzoek uitgevoerd. Het artikel is op persoonlijke titel geschreven.

⁴ Eindrapportage Evaluatie van de wanbetalersregeling “Kort op de bal” door adviesbureau Zorgvuldig Advies, in opdracht van het ministerie van VWS (28 juli 2011, verzonden aan TK op 4 oktober 2011).