

Fout van CPB bij berekening remgeldeffect eigen risico

Wynand van de Ven en Erik Schut

Wederreactie op Douven en Mannaerts

In ons artikel in *TPEdigitaal* (Van de Ven en Schut 2010) hebben wij uiteengezet dat het CPB de remgeldeffecten van een eigen risico onjuist berekent en dat dit leidt tot een forse onderschatting. Hoewel Rudy Douven en Hein Mannaerts (in het vervolg DM) in hun reactie nagenoeg geheel voorbijgaan aan onze kritiek op de onjuiste berekeningsmethode, ontkennen zij dat sprake zou zijn van een cruciale fout. Integendeel, zij stellen dat het een bewuste keuze van het CPB is geweest om bij het toepassen van de onderzoeksresultaten van Van Vliet (2004) te rekenen met een lagere prijsgevoeligheid dan uit zijn onderzoek blijkt. Dit zou impliceren dat CPB (2008) bewust gekozen heeft het remgeldeffect van bijvoorbeeld een eigen risico van 150 euro (niveau-2006), dat ook geldt voor huisartsenzorg, een factor 16 (in het CPB-basismodel) tot een factor 10 (in een alternatief model) lager te stellen dan het door Van Vliet (2004) geschatte remgeldeffect voor een vergelijkbaar eigen risico.¹ DM geven in hun reactie echter geen enkele kwantitatieve onderbouwing van de zeer sterke neerwaartse aanpassing.

Ook na het lezen van de reactie van DM blijft onze conclusie staan dat CPB (2008) de volgende methodologische fouten heeft gemaakt. Ten eer-

¹ CPB (2008, Tabel 3.3) schat het remgeldeffect van een eigen risico van 150 euro *inclusief* huisartsenzorg op 120 miljoen euro (basismodel) à 180 miljoen euro (alternatief model). Uitgaande van 13 miljoen volwassenen met elk gemiddeld 1745 euro zorgkosten (CPB 2008, p.4), is dit een remgeldeffect van 0,5 à 0,8 procent. Het door Van Vliet (2004, Tabel 5, tweede kolom) geschatte remgeldeffect van een dergelijk eigen risico (ter grootte van circa 8 procent van de gemiddelde zorgkosten; dat wil zeggen, een eigen risico bij Van Vliet (2004) rond het midden van het interval 101-350) is 8,2 procent. Het CPB berekent dus een remgeldeffect, dat een factor 16 (basismodel) à 10 (alternatief model) lager is dan het door Van Vliet geschatte remgeldeffect.

ste past het CPB de door Van Vliet (2004) geschatte *gemiddelde* prijsgevoeligheid van de *gehele* bevolking ten onrechte uitsluitend toe op een beperkte groep personen met zeer lage kosten. CPB (2008) verdeelt de bevolking in een groep niet-prijsgevoelige zorggebruikers en een groep prijsgevoelige zorggebruikers (circa twee derde respectievelijk een derde van de bevolking). In het basismodel veronderstelt het CPB dat een eigen risico voor de eerste groep geen remgeldeffect heeft.² Voor de tweede groep berekent het CPB het remgeldeffect van een eigen risico. Maar de mate van prijsgevoeligheid die het CPB hierbij hanteert, is de *gemiddelde* prijsgevoeligheid van de *gehele* bevolking en die is natuurlijk veel lager dan de prijsgevoeligheid van de groep prijsgevoelige zorggebruikers. Het gevolg is dat het CPB het remgeldeffect van een eigen risico sterk onderschat.

Maar zelfs als zou het CPB de juiste prijsgevoeligheid voor de groep prijsgevoelige zorggebruikers hebben gehanteerd, ook dan zou het remgeldeffect zijn onderschat omdat het CPB een onjuiste veronderstelling hanteert over het aantal prijsgevoelige mensen. Dit kan als volgt worden ingezien. CPB (2008) veronderstelt in het basismodel dat bij verzekerden die na afloop van het jaar het eigen risico blijken te hebben overschreden, het gehele jaar geen remgeldeffect optreedt. Dit is geen reële veronderstelling. Mensen die bij toeval het eigen risico overschrijden, zijn natuurlijk wel prijsgevoelig tot het moment dat zij zeker weten dat ze het eigen risico in dat jaar zullen overschrijden. De groep prijsgevoelige verzekerden is dus veel groter dan het CPB in het basismodel veronderstelt.

Hoe irreëel de CPB-veronderstelling is, blijkt ook uit het feit dat de beperkte groep verzekerden die volgens het CPB prijsgevoelig is, slechts 1,5% van de zorgkosten veroorzaakt.³ De consequentie van deze veronderstelling is dat het CPB het remgeldeffect op voorhand maximeert op 1,5 procent van de zorgkosten. Dit maximale remgeldeffect, dat alleen bereikt wordt in het onwaarschijnlijke geval dat de zorgkosten van alle prijsgevoelige verzekerden nul euro bedragen, steekt schril af tegen de in de internationale wetenschappelijke literatuur gevonden remgeldeffecten van circa 8

² In het alternatief model veronderstelt CPB (2008, p. 7) dat voor een deel van deze verzekerden wel een remgeldeffect bestaat. Niet wordt vermeld voor *welk* deel van de verzekerden *welke* prijsgevoeligheid wordt verondersteld.

³ In Figuur 2.1 van de CPB-notitie (2008) worden de zorguitgaven-2006 van verzekerden (18+) per deciel weergegeven. Verzekerden met uitgaven boven 150 euro worden verondersteld niet-prijsgevoelig te zijn. Indien we veronderstellen dat 30 procent van de zorguitgaven in het vierde deciel veroorzaakt zijn door verzekerden met zorguitgaven onder 150 euro, dan bedragen de totale zorguitgaven van de prijsgevoelige verzekerden $100 * (45 + 66 + 98 + 0,3*160) / (45 + 66 + 98 + 160 + 271 + 451 + 745 + 1.279 + 2.553 + 11.781) = 1,5$ procent van de totale zorguitgaven van alle verzekerden.

à 11 procent voor een vergelijkbaar eigen risico.⁴ CPB (2008) geeft geen onderbouwing van de gemaakte extreme veronderstelling.

In hun reactie noemen DM drie overwegingen waarom het CPB de empirische schattingen van het remgeldeffect uit de wetenschappelijke literatuur niet overneemt (maar zij geven geen kwantitatieve onderbouwing en rechtvaardiging van de wel gehanteerde prijselasticiteiten).

De eerste overweging is dat de algemene consensus lijkt te zijn dat remgeldeffecten klein zijn.⁵ Zo die ‘algemene consensus’ al bestaat, wil dat nog niet zeggen dat deze correct is. Waar het om gaat is of het CPB de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek over het remgeldeffect van eigen risico wel of niet op de juiste wijze toepast. Zoals eerder beargumenteerd, is dit niet het geval.

De tweede overweging is dat het lastig is om de empirische bevindingen van Van Vliet of andere buitenlandse studies één-op-één toe te passen op Nederland. Onder andere zou zelfselectie een rol kunnen spelen. Bij de empirische bevindingen, zoals gevonden in het RAND experiment, speelt zelfselectie echter geen rol en de bevindingen van Van Vliet (2004) zijn gebaseerd op een uniek gegevensbestand waarbij op uitstekende wijze is gecorrigeerd voor zelfselectie. Ook zou de “vraaguitval, door het invoeren van een eigen risico, kunnen leiden tot meer vraaginductie bij zorgaanbieders omdat ze hun omzet op peil willen houden.” Bij de berekening van het remgeldeffect ziet het CPB echter expliciet af van aanbodgeïnduceerde vraag, dus dat kan geen reden zijn voor het geringe remgeldeffect dat zij rapporteren (CPB 2008, p. 2).

De derde overweging die DM noemen, is gebaseerd op de vraag hoe groot het afzonderlijke effect is van het opnemen van de huisartsenzorg in het eigen risico. Dit betoog is echter niet relevant voor de door ons bekritiseerde onderschatting van het remgeldeffect, omdat die betrekking heeft op het *totale* remgeldeffect van een eigen risico *inclusief* huisartsenzorg, en niet op de afzonderlijke bijdrage van huisartsenzorg hierin.

Onze conclusie is dat de door DM genoemde overwegingen geen valide argumenten zijn om deze remgeldeffecten bewust met een factor 10 à 16 te

⁴ Voorbeelden van empirische onderzoeksresultaten over remgeldeffecten (ter grootte van circa 8 procent van de gemiddelde zorguitgaven per persoon) in verschillende landen zoals gepubliceerd in de internationale wetenschappelijke literatuur: 8,2 procent (Nederlandse gegevens; Van Vliet, 2004), tenminste 10 procent (Amerikaanse gegevens, RAND experiment; Bakker, 1997) en tenminste 11 procent (Zwitserse gegevens; Van Kleef et al., 2008. Voor nadere details zie Van de Ven en Schut (2010, p. 15).

⁵ Hierbij wordt onder andere verwezen naar de effecten van de no-claim. Op theoretische gronden mogen van een no-claim, waarbij mensen pas ver na afloop van het jaar horen of zij wel/niet iets terugkrijgen, echter niet dezelfde remgeldeffecten worden verwacht als van een eigen risico, dat bij zorggebruik direct uit eigen zak moet worden betaald.

verlagen. Indien het CPB argumenten heeft om te twijfelen aan het in de context van de Zvw toepassen van het door Van Vliet (2004) geschatte remgeldeffect, had het CPB beargumenteerd een kwantitatieve onderbouwing moeten geven hoeveel lager dit dan zou zijn. Dit is niet gebeurd, noch in CPB (2008) noch in de reactie van DM. In de oorspronkelijke notitie rept CPB (2008) zelfs met geen woord over een bewuste keuze om met een veel lagere prijsgevoeligheid te rekenen dan blijkt uit de internationale wetenschappelijke literatuur. De rechtvaardiging die DM achteraf geven voor de lagere prijselasticiteit mist een gedegen onderbouwing en gaat voorbij aan onze kritiek op de foutieve veronderstellingen waarop de eerdere berekeningen zijn gebaseerd. Gelet op het maatschappelijk belang dat aan de CPB-berekeningen wordt gehecht, kan het persisteren in een zo evidente fout aanzienlijke politieke en beleidsmatige gevolgen hebben. Zo zou bij een juiste berekening van het remgeldeffect van het VVD-voorstel om “ook de huisarts onder het eigen risico te laten vallen en het eigen risico te verhogen tot 300 euro (in 2015)” een veel groter remgeldeffect moeten resulteren dan in het geval van een ongewijzigd eigen risico. In tegenstelling tot wat DM beweren, berekent het CPB in beide gevallen echter hetzelfde remgeldeffect van 0,2 miljard (CPB 2010, p. 148). Het is te hopen dat het CPB zo spoedig mogelijk met beter onderbouwde berekeningen komt of aangeeft dat het (ook) niet precies weet en dat de eerdere berekeningen van het remgeldeffect onjuist zijn. Anders neemt het kabinet dat na de verkiezingen van 9 juni aantreedt, besluiten over het eigen risico in de zorg die zijn gebaseerd op veel te lage besparingen. Hierdoor kan het kabinet zich wellicht genoodzaakt zien de eigen risico's hoger vast te stellen dan noodzakelijk om de gewenste bezuinigingsdoelstellingen te halen, of wordt elders in de zorg wellicht meer bezuinigd dan noodzakelijk.

Auteurs

Prof. dr W.P.M.M. van de Ven is hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, Erasmus Universiteit Rotterdam, vandeven@bmg.eur.nl

Prof. dr F.T. Schut is hoogleraar economie van de gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, schut@bmg.eur.nl

Literatuur

- CPB, 2008, Gedragseffecten van eigen betalingen in de ZVW, Notitie 2008/18, 25 april 2008, CPB, Den Haag.
- CPB, 2010, Keuzes in Kaart 2011-2015: Effecten van negen verkiezingsprogramma's op economie en milieu, *Bijzondere Publicatie 85*, CPB, Den Haag.
- Douven, R. en H. Mannaerts, 2010, Remgeldeffecten en het verplichte eigen risico in de Zvw, *TPEdigitaal*, vol. 4(2): 148-152.
- Van de Ven, W.P.M.M. en F.T. Schut, 2010, Is de Zorgverzekeringswet een succes?, *TPEdigitaal*, vol. 4(1): 1-24.
- Vliet, R.C.J.A. van, 2004, Deductibles and health care expenditures: empirical estimates on price sensitivity based on administrative data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 4(4): 81-94.