

Het effect van het verplicht eigen risico

Wija Oortwijn, Vincent Thio en Mathijn Wilkens

Eigen betalingen in de gezondheidszorg leiden tot een financieringsverschuiving van publiek naar privaat gefinancierde zorg en beïnvloeden de vraag naar zorg. Een analyse van declaratiegegevens van verzekeraars via een natuurlijk experiment toont aan dat het in 2008 ingevoerde verplicht eigen risico een negatief gedragseffect onder verzekerden veroorzaakt. Het effect ligt tussen – 2,6 en – 7,3 procentpunt, wat een zorgmijding tussen de 275 en 772 miljoen euro teweeg brengt. Naast dit effect is er sprake van een financieringsverschuiving van 1,26 miljard euro. De invoering van een verplicht eigen risico van 150 euro leidt in totaal tot een besparing van minimaal 1,5 miljard euro aan publieke middelen.

1 Inleiding

Vanaf 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico is in de plaats gekomen van de no-claim teruggaveregeling die in 2005 werd ingevoerd. De no-claim teruggaveregeling hield in dat verzekerden die in een jaar weinig zorgkosten maakten (minder dan 255 euro), het overgebleven deel na afloop van het verzekeringsjaar terugkregen. Bij het verplicht eigen risico komen de eerste 150 euro (in 2008, momenteel 220 euro) voor rekening van de verzekerde.

Het doel van het gebruik van eigen betalingen binnen de gezondheidszorg is tweeledig. Enerzijds leidt een eigen betaling tot een financieringsverschuiving van publiek naar privaat gefinancierde zorg. Voor verzekerden betekent dit een grotere eigen verantwoordelijkheid en meer keuzevrijheid. Anderzijds is het doel het beïnvloeden van de vraag naar zorg. Vanwege een gebrek aan prikkels die de zorgvraag beperken, kan er sprake zijn van overconsumptie van (niet noodzakelijke) zorg. De inzet van eigen betalingen kan leiden tot een groter besef ten aanzien van zorgkosten. Hierdoor gebruiken verzekerden mogelijk minder vaak zorg. Dit wordt gezamenlijk het gedragseffect genoemd (Goudriaan et al. 2006).

Het verplicht eigen risico is lager dan het no-claimbedrag, omdat het gedragseffect van het verplicht eigen risico naar verwachting groter is. In dit artikel richten we ons op de volgende twee vragen: wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik?; en hoe groot zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico? Hierbij vergelijken we het effect van het verplicht eigen risico ten opzichte van een situatie zonder enige vorm van eigen betalingen. Deze vragen ston-

den centraal in de evaluatie van het verplicht eigen risico die Ecorys (2011) heeft uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

2 Natuurlijk experiment

Van de Ven en Schut (2010) stellen dat het CPB (2008) het gedragseffect te laag schat. Van de Ven en Schut gaan uit van een gedragseffect van 2 miljard euro, terwijl het CPB uitgaat van een gedragseffect van maximaal 350 miljoen euro. Uitgangspunt voor beide analyses is een studie van Van Vliet (2004). Hierbij worden voor verschillende zorgvormen prijselasticiteiten geschat op basis van een vrijwillig eigen risico voor particulier verzekerden. Onderstaande analyse maakt gebruik van gegevens die zich beter lenen voor het analyseren van het effect van het verplicht eigen risico, omdat de gegevens de zorguitgaven van alle verzekerden in Nederland betreffen en de jaren voor en na invoering van het verplicht eigen risico omvat.

Methode. Om een inschatting te maken van het gedragseffect van het verplicht eigen risico zou het gebruik van gegevens die zijn verkregen uit een experimentele opzet het meest nauwkeurig zijn. Een voorbeeld is het RAND experiment (zie o.a. Brook et al. 1984), waarbij verzekerden willekeurig een verplicht eigen risico krijgen toegewezen. In Nederland is een dergelijke opzet niet mogelijk, omdat het verplicht eigen risico al in 2008 is ingevoerd. In plaats daarvan kan er gebruik gemaakt worden van een natuurlijk experiment, omdat een bepaalde groep – de 0 tot 18 jarigen – is uitgesloten van het verplicht eigen risico. De groep verzekerden die 17 jaar oud was in 2007 en 18 jaar oud in 2008, is gedefinieerd als behandelingsgroep. De reden hiervoor is dat zij in 2007 niet onder de no-claim regeling of het verplicht eigen risico vallen, maar in 2008 te maken krijgen met het verplicht eigen risico. De controlegroep bestaat uit verzekerden die 14, 15 of 16 jaar oud waren in 2007 en 15, 16 of 17 jaar oud waren in 2008. Deze groep heeft dus niet te maken met enige vorm van eigen betaling. Door de verandering in de zorgkosten tussen 2007 en 2008 van beide groepen met elkaar te vergelijken, kan het effect van het verplicht eigen risico inzichtelijk worden gemaakt. Het is niet mogelijk om een vergelijking te maken voor hogere leeftijdsgroepen, omdat deze groepen in 2007 te maken hadden met de no-claim teruggaveregelings.

Bovenstaande methode wordt ook wel de *difference-in-difference* methode genoemd en het geschatte model kan als volgt worden gespecificeerd:

$$\ln(\text{zorgkosten})_{i,t+1} - \ln(\text{zorgkosten})_{i,t} = \alpha + \gamma ER_{i,t+1} + \beta X_{i,t} + \varepsilon_i$$

Hierbij heeft i betrekking op de verzekerde, t geeft de tijdsperiode aan. De γ is het effect van het verplicht eigen risico op de (verandering in de) zorguitgaven. Omdat de verandering in zorgkosten is uitgedrukt in het verschil tussen de natuurlijke lo-

garitme van de zorgkosten in 2008 minus de natuurlijke logaritme van de zorgkosten in 2007, moet de $\gamma \cdot 100$ geïnterpreteerd worden als het procentpunt verschil in de verandering van de zorgkosten tussen de behandelingsgroep en de controlegroep. Een negatieve γ wijst op een remmend effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik. X is een vector van andere, exogene variabelen die mogelijk een effect hebben op het verschil in zorgkosten tussen 2007 en 2008. Hierbij gaat het om variabelen zoals geslacht en sociaaleconomische status.

Twee cruciale aannamen liggen ten grondslag aan het bovenstaande model. Ten eerste is aangenomen dat de ontwikkeling in de zorgkosten van de behandelings- en controlegroep – afgezien van de invloed van eigen betalingen – vergelijkbaar is. Ten tweede wordt aangenomen dat er geen andere factoren die verschillen in de verandering van de zorgkosten tussen de groepen kunnen veroorzaken zijn opgenomen in de vergelijking. Daarom zijn de paramedische zorg en tandheelkundige zorg buiten beschouwing gelaten. Voor paramedische zorg geldt dat jongeren tot 18 jaar recht hebben op bijvoorbeeld acht behandelingen fysiotherapie. Dit vervalt als zij 18 jaar worden. Hierdoor is een sterke daling in de kosten voor paramedische zorg te zien. Tandheelkundige zorg is buiten beschouwing gelaten omdat deze zorgvorm voor 18 - 22-jarigen vanaf 2008 is toegelaten tot het basispakket.

Verzekerden met een DKG-indicatie (diagnose kostengroep) en/of een FKG-indicatie (farmaceutische kostengroep) hebben structureel hoge zorgkosten door chronische aandoeningen. Deze groep is buiten beschouwing gelaten omdat de uitzonderlijk hoge zorgkosten de analyseresultaten beïnvloeden door het ontstaan van een zeer scheve verdeling van de zorgkosten in de populatie. Het effect van het verplicht eigen risico op deze groep verzekerden verschilt bovendien niet significant van nul. Het verplicht eigen risico heeft geen effect op deze groep, omdat deze verzekerden voor aanvang van het verzekeringsjaar waarschijnlijk verwachte zorgkosten hebben die het bedrag van het verplicht eigen risico overschrijden. Dit betekent dat indien we deze groep verzekerden zouden toevoegen in de analyse, we geen effect op het totale onderzoek zouden zien. Daarnaast is de curatieve GGZ per 1 januari 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en is in deze analyse eveneens buiten beschouwing gelaten. Het verplicht eigen risico kan echter wel een gelijk effect hebben op consumptie van curatieve GGZ.

Data. Declaratiebestanden van zorgverzekeraars worden verzameld door Vektis en zijn beschikbaar gesteld aan het Ministerie van VWS, welke de gegevens onder andere gebruikt voor budgetteringsdoeleinden. De gegevens bevatten de zorguitgaven op verzekerdeniveau per zorgsoort in de jaren 2007 en 2008, aangevuld met kenmerken van de verzekerden. De bestanden van 2007 en 2008 zijn gekoppeld op verzekerdeniveau, waardoor de kostenontwikkeling tussen 2007 en 2008 in beeld gebracht kan worden. Totaal bevatten de bestanden 14,9 miljoen (2007) en 15,5 miljoen (2008) verzekerden. De bestanden bevatten geen gegevens over de omvang van de eigen betalingen. Omdat de kostengegevens zijn uitgesplitst in kostengroepen, kan de omvang van de eigen betaling voor het verplicht eigen risico en de no-claim teruggaveregeling benaderd worden. Er zijn geen gegevens over een eventue-

eel vrijwillig eigen risico. Omdat slechts een klein deel (7%) van de verzekerden gebruik maakt van een vrijwillig eigen risico (NIVEL 2010), heeft het buiten beschouwing laten van het vrijwillig eigen risico vermoedelijk een zeer beperkte invloed op de onderzoeksresultaten.

3 Ontwikkeling in zorguitgaven en financieringsverschuiving

Uitgaven aan zorg zijn zeer scheef verdeeld. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt door het incidentele karakter van zorgconsumptie. De meeste Nederlanders brengen niet regelmatig een bezoek aan het ziekenhuis, maar als die plaatsvindt, zijn de kosten van een ziekenhuisbezoek wel hoog. Gemiddeld geven verzekerden bijna 1.350 euro uit aan zorg in de Zvw in 2008 (zie Tabel 1). De lagere mediaan van de zorgkosten in 2008 (415 euro) laat zien dat een groot aandeel verzekerden weinig zorgkosten maakt en een klein aandeel verzekerden relatief hoge zorgkosten heeft. Dit betreft vooral ziekenhuiszorg, vanwege de relatief hoge prijs van dit type zorg. De verdeling van zorgkosten in 2008 is minder scheef verdeeld als het gaat om verzekerden die toegewezen zijn aan een DKG of een FKG, omdat chronische aandoeningen zorgen voor constante hogere zorgkosten.

Tabel 1 Gemiddelde en mediaan zorgkosten Zvw 2008 en gemiddelde verandering ten opzichte van 2007. GGZ uitgezonderd. N=12.201.570

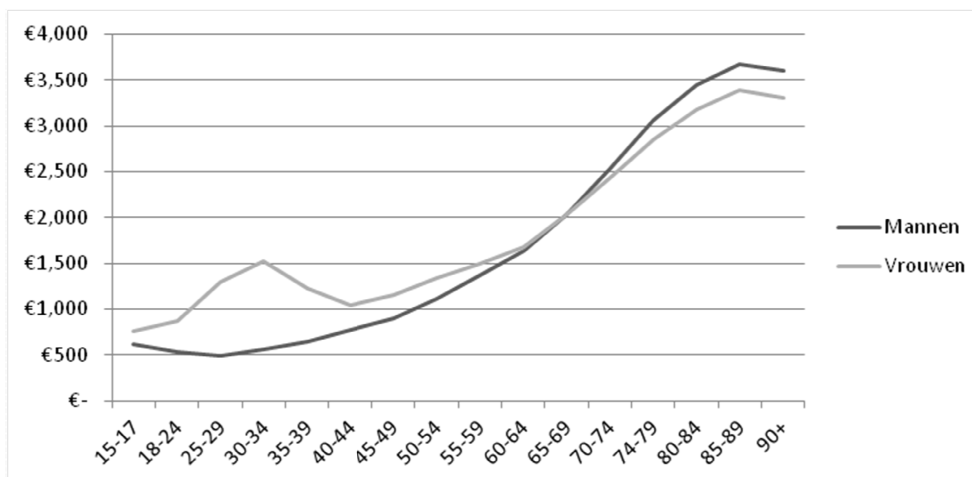
Zorgkosten 2008	Gemiddelde (€)	Mediaan (€)	Gemiddelde verandering 2007-2008	
			Absoluut (€)	%
Totaal	1349,58	415,54	56,23	4,2
Mannen	1152,26	284,19	66,47	5,8
Vrouwen	1538,96	551,78	45,56	3,0
Laag inkomen	1346,18	406,61	17,05	1,3
Middel inkomen	1427,35	458,89	53,60	3,8
Hoog inkomen	1207,41	366,93	100,06	8,3
Geen FKG of DKG in 2008	861,10	255,65	124,58	14,5
DKG of FKG in 2007 en 2008	3241,04	1881,85	- 25,37	- 0,78
Paramedische zorg	39,70	0,1	4,48	11,3
Farmacie	373,38	63,34	15,31	4,1
Huisarts	134,70	98,57	6,87	5,1
Tandarts	22,11	0,11	- 2,79	- 12,6
Ziekenhuis	691,51	81,28	32,17	4,7

Bron: Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys).

Ouderen consumeren meer zorg dan jongeren (Figuur 1). Rond 18 jaar is de gemiddelde zorgconsumptie van mannen ongeveer 500 euro en bij vrouwen is dit on-

geveer 750 euro. Rond pensioenleeftijd is de zorgconsumptie van mannen en vrouwen meer dan verviervoudigd naar ongeveer 2200 euro. De hogere zorgconsumptie van vrouwen tussen ongeveer 25-40 jaar heeft te maken met zwangerschap.

Figuur 1 Gemiddelde zorgkosten per leeftijdscategorie binnen de Zvw in 2008 GGZ uitgezonderd. N=12.201.570



Bron: Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys).

De zorgconsumptie binnen de Zvw is tussen 2007 en 2008 toegenomen met ruim 4 procent, wat neerkomt op ongeveer 56 euro per persoon. Uit tabel 1 blijkt dat deze stijging voornamelijk heeft plaatsgevonden onder niet-chronisch zieke verzekerden met hogere inkomens en dat deze extra kosten vooral betrekking hebben op ziekenhuiszorg en medicijnen. De toegenomen zorgconsumptie in de farmacie kan waarschijnlijk toegeschreven worden aan het heropnemen van de anticonceptiepil in het basispakket voor vrouwen van 21 jaar en ouder. Opvallend is dat de consumptie van tandheelkundige zorg is afgenomen in 2008 (-12,6%), aangezien tandheelkundige zorg vanaf 2008 voor 18-22 jarigen is toegelaten tot het basispakket. In deze leeftijdscategorie is er wel een sterke toename te zien in de consumptie van tandheelkundige zorg: 19-25 jarigen consumeren in 2008 gemiddeld ongeveer 55 euro aan tandheelkundige zorg. Dit was gemiddeld ongeveer 5 euro in 2007. De stijging in zorgkosten tussen 2007 en 2008 is deels toe te schrijven aan wijzigingen in de Zvw. Het is waarschijnlijk ook het gevolg van niet-verklaarbare schommelingen in de zorgconsumptie of een voortzetting van een trend.

Financieringsverschuiving. Welke verzekerden betalen (een deel van) de zorg die zij ontvangen zelf? Het aandeel verzekerden dat de volledige eigen bijdrage betaalt neemt toe van 45 procent naar 52 procent voor mannen en van 57 procent naar 65 procent bij vrouwen. Dit komt doordat de grens voor het verplicht eigen risico la-

ger is dan voor de no-claim teruggaveregeling (150 euro tegenover 255 euro). Het aandeel verzekerden met zorgkosten hoger dan 150 euro blijft echter min of meer constant, 52 procent bij mannen en 65 procent bij vrouwen. Ruim 21 procent van de mannen en 7,5 procent van de vrouwen maakt geen gebruik van zorg en betaalt dus geen eigen risico in 2008 (zie Tabel 2).

Tabel 2 Hoogte eigen betaling verzekerden naar achtergrond kenmerken in 2007 en 2008

	No claim teruggaveregeling (€)				Verplicht eigen risico (€)			
	0	0-150	150-255	>255	0	0-150	150-255	>255
	%							
Mannen								
18-24	33,2	35,5	7,0	24,3	33,7	35,6	6,0	24,7
25-44	29,8	33,8	7,0	29,4	29,5	34,3	6,5	29,8
45-64	17,2	24,4	6,7	51,6	17,1	24,7	6,6	51,7
65+	5,5	8,9	4,2	81,4	5,2	9,0	4,3	81,5
Totaal mannen*	21,7	26,5	6,4	45,3	21,2	26,6	6,1	46,1
Vrouwen								
18-24	11,3	40,7	10,1	37,9	5,8	44,3	10,3	39,6
25-44	13,4	31,7	8,8	46,1	8,1	34,2	9,3	48,3
45-64	10,5	23,0	7,9	58,6	9,4	23,1	8,0	59,5
65+	4,5	8,0	4,4	83,2	4,2	8,0	4,5	83,3
Totaal vrouwen*	10,2	24,6	7,7	57,5	7,5	25,7	7,9	58,9
Aard inkomen								
Loondienst*	19,8	31,7	8,0	40,6	17,4	32,2	7,9	42,5
Arbeidsongeschikt*	7,6	13,0	5,4	74,0	7,1	13,1	5,5	74,4
Bijstand*	11,1	20,0	7,5	61,3	10,0	20,5	7,5	62,0
WW*	13,9	24,7	7,8	53,6	12,4	24,6	7,6	55,4
Zelfstandig*	22,6	32,4	7,8	37,2	20,5	32,8	7,5	39,2
65+	5,0	8,6	4,3	82,1	4,5	8,2	4,3	82,9
Hoogte inkomen**								
Laag inkomen	15,1	26,5	7,1	51,3	13,5	27,5	7,1	51,9
Midden inkomen	14,7	24,7	6,9	53,8	13,2	25,3	6,8	54,7
Hoog inkomen	17,9	26,5	7,4	48,2	15,7	26,7	7,3	50,3
Totaal	15,9	25,5	7,1	51,5	14,2	26,1	7,0	52,7

Bron: Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys), * = 18-64 jaar en ** - hoogte inkomen gebaseerd op indeling 2008.

Vooraf vrouwen, ouderen, verzekerden met een uitkering en in minder mate verzekerden met een laag of midden inkomen maken meer gebruik van zorg en betalen daarom ook meer zelf bij aan de zorg. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het aandeel verzekerden dat de kosten van zorg zelf draagt. Bijvoorbeeld, bij mannen tussen 18 en 24 jaar betaalt 31% het volledige verplicht eigen risico van 150 euro in 2008. Bij mannen van 65 jaar en ouder bedraagt dit bijna 86%. Het verschil tussen mannen en vrouwen daalt naarmate de leeftijd toeneemt. De hoogte van de ei-

gen betaling verschilt daarnaast sterk naar de aard van het inkomen. Het aandeel werknemers en zelfstandigen dat 150 euro verplicht eigen risico betaalt is respectievelijk 50,4 procent en 46,2 procent. Voor arbeidsongeschikten ligt dit percentage op bijna 80 procent en voor bijstandsgerechtigden geldt dat 69,5 procent een volledige eigen risico betaalt. De uitkomsten betreffen alleen verzekerden tussen 18 en 64 jaar gezien de arbeidsparticipatie. Er zijn minder verschillen tussen inkomensgroepen in de hoogte van de eigen betaling. Zowel verzekerden met hoge als met lage inkomens zijn geneigd in iets mindere mate het volledige eigen risico te gebruiken. Onder de hoge inkomens is de groep zonder zorgkosten iets groter dan in de andere twee groepen.

Het gemiddelde bedrag aan eigen betalingen in 2005 is €157 per persoon en 1,79 miljard euro voor alle verzekerden bij elkaar (Goudriaan et al. 2006). Uit de analysebestanden declaratiegegevens van de zorgverzekeraars blijkt dat de totale financieringsverschuiving tussen 2005 en 2007 van 1,79 miljard euro naar 1,83 miljard euro toenam. Dit kwam door de verhoging van het maximumbedrag van de eigen betaling onder de no-claim teruggaveregeling van 250 naar 255 euro en door de toename van de zorguitgaven. De declaratiebestanden van 2007 en 2008 laten zien dat de invoering van het verplicht eigen risico van 150 euro een daling van de financieringsverschuiving met ruim een half miljard euro tot 1,26 miljard euro betekent.

4 Resultaten natuurlijk experiment

Zorgconsumptie onder 15-18 jarigen is beduidend lager dan de zorgconsumptie van alle leeftijdsgroepen gezamenlijk. Wanneer we de controlegroep nader bekijken zien we dat de gemiddelde zorgkosten van verzekerden van 15-16 jaar in 2007 en 16-17 jaar in 2008 ongeveer 690 euro bedragen. Binnen deze groep die in 2007 en in 2008 niet met enige vorm van eigen betaling te maken heeft, zijn de zorgkosten gestegen met 8,2 procent ten opzichte van 2007. De zorgconsumptie van de controlegroep (17 jaar in 2007, 18 jaar in 2008) in 2008 is ongeveer 659 euro, wat een daling is van ongeveer 0,5 procent ten opzichte van 2007. De daling in zorgconsumptie van deze groep ten opzichte van de stijging van zorgconsumptie in de groep 16-17 jarigen kan duiden op een negatief effect van het verplicht eigen risico.

De schatting van het model wijst uit dat het verplicht eigen risico een negatief effect heeft op het zorggebruik. De coëfficiënt van $-0,073$ in Tabel 4 toont aan dat de kostenontwikkeling tussen 2007 en 2008 voor een 18-jarige 7,3 procentpunt hoger zou zijn geweest zonder een verplicht eigen risico. Het effect van het verplicht eigen risico op de zorgkosten die onder het verplicht eigen risico vallen is sterker dan het effect op de zorgkosten die niet onder het verplicht eigen risico vallen, respectievelijk 15 en 3 procentpunt. De kostenontwikkeling van 19 tot 24-jarigen is lager (-1 procentpunt) dan de kostenontwikkeling van 15 tot 17-jarigen. De groep 19 tot 24-jarigen had in 2007 te maken met de no-claim en in 2008 met het verplicht eigen risico, terwijl de groep 15 tot 17-jarigen hier in geen van beide jaren

mee te maken had. Anders gezegd: dit verschil lijkt op een effect van het verplicht eigen risico ten opzichte van de no-claim teruggaveregelingsregeling te duiden. Dit verschil zou echter ook kunnen wijzen op leeftijdsgebonden factoren.

Tabel 3 Gemiddelde en mediaan zorgkosten Zvw 2008 en gemiddelde verandering tov 2007, 16 tot 18-jarige verzekerden in 2008. GGZ uitgezonderd. N=533.289

Zorgkosten 2008	Gemiddelde (€)	Mediaan (€)	Gemiddelde verandering 2007-2008	
			Absoluut (€)	%
15-16 jaar in 2007, 16-17 jaar in 2008	689,55	306,4	56,71	8.2
17 jaar in 2007, 18 jaar in 2008	658,74	281,74	- 3,25	- 0.5
Mannen	605,65	249,04	12,87	2.1
Vrouwen	756,84	353,04	62,37	8.2
Laag inkomen	699,51	302,9	41,42	5.9
Middel inkomen	670,17	299,79	37,03	5.5
Hoog inkomen	644,36	281,18	25,14	3.9
Geen FKG of DKG in 2008	613,08	287,48	1,86	0.3
DKG of FKG in 2007 en 2008	3671,73	1672,28	- 302,87	- 8.2
Paramedische zorg	30,91	0,10	- 4,66	- 15.1
Farmacie	98,59	26,06	2,72	2.8
Huisarts	99,68	80,51	2,27	2.3
Tandarts	108,30	63,64	3,56	3.3
Ziekenhuis	308,13	0,43	29,66	9.6

Bron: Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys).

De zorgkosten van jonge mannen zijn minder sterk gestegen tussen 2007 en 2008 dan de zorgkosten van jonge vrouwen. Dit ligt voor de hand gelet op het feit dat vrouwen een hogere kostenontwikkeling voor geslacht specifieke zorg (zwangerschap) kennen dan mannen in die leeftijdsgroep (zie Figuur 1). Socio-economische gezondheidsverschillen zijn van invloed op zorggebruik. Mensen met een lage opleiding of een laag inkomen hebben doorgaans meer kans om ziek te worden. Ook brengen mensen met een hoge opleiding meer jaren in goede gezondheid door en is de gemiddelde leeftijd waarop ze overlijden hoger dan bij mensen met een lage opleiding. De resultaten in Tabel 4 laten zien dat ook de kostenontwikkeling bij verzekerden met een laag inkomen sterker is dan bij andere groepen. Mogelijk is bij deze groep sprake van omgekeerde causaliteit: de inkomensontwikkeling van jongeren die gezond zijn en dus lage zorgkosten hebben, zal gunstiger zijn dan de inkomensontwikkeling van jongeren die niet gezond zijn. Ten slotte blijkt dat de zorgkosten bij verzekerden in loondienst sterker toenemen dan bij verzekerden die niet in loondienst zijn.

Tabel 4 Uitkomsten gedragseffecten basismodel – verzekerden 15-24 jaar, verzekerden met DKG/FKG uitgezonderd

	Totale zorguitgaven	Kosten zorg onder verplicht eigen risico	Kosten zorg uitgesloten van verplicht eigen risico
	γ	γ	γ
Constante	0,160*	0,359*	0,066*
Referentie leeftijd 15-17			
Leeftijd 18 jaar	- 0,073*	- 0,151*	- 0,030*
Leeftijd 19-24 jaar	- 0,008*	- 0,002	0,003
<i>Referentie vrouw</i>			
Man	- 0,118*	- 0,268*	- 0,043*
Referentie overig inkomen			
Loondienst	0,025*	0,066*	0,010*
Referentie laag inkomen			
Middeninkomen	- 0,036*	- 0,073*	- 0,029*
Hoog inkomen	- 0,021*	- 0,052*	- 0,012*

* p<0.01.

De effecten van het verplicht eigen risico zijn het sterkst voor farmacie en ziekenhuiszorg (zie Tabel 5). Goldman, Joyce en Zheng (2007) bevestigen deze bevinding voor wat betreft het effect van eigen betalingen op het gebruik van medicijnen. Het is echter niet duidelijk of eigen betalingen leiden tot het niet starten, minderen of afbreken van medicatie. Het relatief sterke effect van ziekenhuiszorg lijkt contra-intuïtief, omdat ziekenhuiszorg als noodzakelijk kan worden beschouwd. Dit is vooral het geval omdat ziekenhuiszorg enkel mogelijk is met een doorverwijzing van de huisarts. Een mogelijke verklaring voor het sterke effect bij ziekenhuiszorg is dat de relatief hoge prijs van ziekenhuiszorg er voor zorgt dat een kleine verandering in het gebruik (het aantal behandelingen) van ziekenhuiszorg een grote verandering in de kosten met zich meebrengt. Uit het RAND experiment (Brook et al. 1984) blijkt ook dat de prijselasticiteit van extramurale zorg hoger is dan de prijselasticiteit van intramurale zorg. Daarnaast is het mogelijk dat het effect voornamelijk te vinden is bij extramurale zorgvormen en minder bij intramurale zorgvormen. De analysebestanden van de declaratiegegevens van de zorgverzekeraars geven echter geen informatie over de mate van het gebruik van ziekenhuiszorg en bevatten ook geen verdere uitsplitsing naar zorgvormen binnen de ziekenhuiszorg.

Het effect van het verplicht eigen risico op de huisartszorg is negatief. Op voorhand was een positief effect te verwachten. Verzekerden zullen proberen bepaalde zorg te laten uitvoeren door de huisarts, omdat deze is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Aan de andere kant kan het effect verklaard worden doordat verzekerden afzien van huisartsbezoek, omdat zij niet willen worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg en/of omdat verzekerden niet goed op de hoogte zijn van het feit dat huisartsenzorg buiten het eigen risico valt. Zo blijkt uit onderzoek van

NIVEL (Van der Maat en De Jong 2010) dat 26 procent van de verzekerden in oktober/november 2009 onterecht denkt dat er een verplicht eigen risico geldt voor de huisarts. Het effect van het verplicht eigen risico op de consumptie van verloskundige- en kraamzorg is – zoals te verwachten – relatief klein. Voor paramedische en tandartszorg is het effect zeer sterk, maar dit wordt echter mede bepaald door het effect van pakketwijzigingen hieromtrent.

Hoewel de geschatte vergelijkingen logaritmisch gespecificeerd zijn, kunnen de parameters beïnvloed worden door de distributie van de verandering in zorgkosten. Vanwege de verzekerden met relatief hoge veranderingen in zorgkosten tussen 2007 en 2008 - bijvoorbeeld vanwege het ontstaan van een ziekte - is het mogelijk dat het effect van het verplicht eigen risico overschat is. De onderliggende gedachte is dat het effect van het eigen risico bij iemand met een sterke verandering in zorgkosten waarschijnlijk gelijk is aan nul; de zorgkosten zijn dan immers al snel boven de 150 euro uitgestegen. Om te analyseren in hoeverre het gemeten effect beïnvloed is door hoge waarden in de afhankelijke variabele is de afwijking van de mediaan van de verandering in zorgkosten als gevolg van het eigen risico geschat door middel van een kwantielregressie (zie Koenker en Hallock 2001). Hiermee richt de analyse zich sterker op de groep verzekerden met een relatief kleine of geen verandering van zorgkosten tussen 2007 en 2008, zonder de verzekerden met grote veranderingen in zorgkosten uit te sluiten van de analyse.

Tabel 5 Uitkomsten gedragseffecten basismodel naar zorgvorm. Verzekerden 15-24 jaar. Verzekerden met DKG/FKG uitgezonderd.

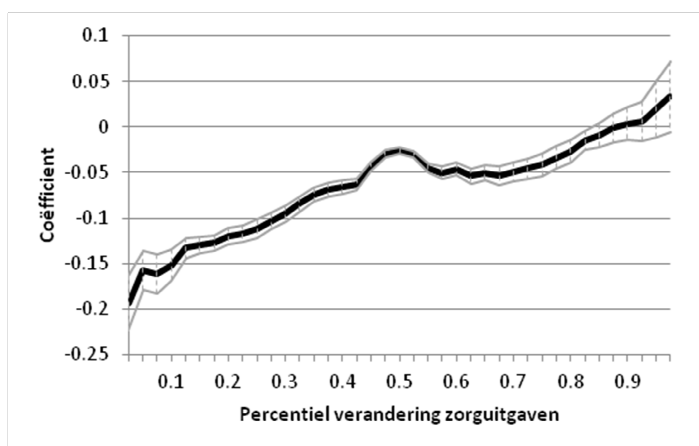
	(1) standaard OLS	(2) mediaanregressies
Alle zorgvormen	- 0,073*	- 0,026*
Zorgvormen onder het eigen risico	- 0,151*	- 0,048*
Zorgvormen buiten het eigen risico	- 0,030*	- 0,011*
Ziekenvervoer	- 0,022*	0
Farmacie	- 0,140*	- 0,032*
Hulpmiddelen	- 0,016*	- 0,007*
Huisartsenzorg	- 0,038*	- 0,011*
Ziekenhuiszorg	- 0,113*	- 0,009*
Verloskunde	0,008*	0
Kraamzorg	0,005*	0
Paramedische zorg	- 0,440*	- 0,008*
Tandartszorg	- 0,038*	0,000*

* p<0.01.

Kwantielregressies toegepast op andere kwantielen van de verandering van de log-zorguitgaven anders dan de mediaan, geven een uitgebreider beeld van het effect van het verplicht eigen risico (zie Figuur 2). In de lagere kwantielen – verzekerden met de sterkste daling in zorguitgaven tussen 2007 en 2008 – is het effect van het verplicht eigen risico het sterkst. Over het algemeen geldt dat hoe groter de daling,

hoe sterker het effect en *vice versa*. Hierbij is waarschijnlijk de grens van 150 euro van belang: hoe hoger de zorgconsumptie, hoe hoger de kans dat het volledige eigen risico betaald moet worden en dat daarmee de prikkel tot zorgmijding verdwijnt. Zo rond de mediaan is er een kleine piek in de lijn zichtbaar, omdat de verandering van de zorguitgaven hier (bijna) gelijk is aan nul. Het effect is daar relatief klein, omdat het hier veel verzekerden betreft die hun zorgconsumptie zeer marginaal veranderd hebben. Hier gaat het waarschijnlijk om verzekerden die zowel in 2007 als in 2008 nauwelijks zorgkosten hebben gemaakt, of om verzekerden die structureel ongeveer hetzelfde bedrag aan zorg consumeren. De dip in het effect van het verplicht eigen risico rond het 0,6-kwantiel heeft betrekking op verzekerden met een verandering in zorguitgaven van enkele tientallen euro's. Hierbij kan het mogelijk gaan om het laten vallen van (niet-noodzakelijke) zorg die de verzekerde niet bereid is zelf te betalen.

Figuur 2 Coëfficiënten kwantielregressies, naar kwantiel verandering log-zorguitgaven (kosten 2008 minus kosten 2007) 15 tot 24-jarigen binnen de Zvw, GGZ en verzekerden met FKG/DKG uitgezonderd. N=510276.



5 Extrapolatie naar de gehele verzekerdenpopulatie

In 2007 zijn de totale zorgkosten binnen de Zvw gelijk aan bijna 10,6 miljard euro, exclusief de curatieve GGZ en de zorgkosten van verzekerden met een FKG of een DKG. In 2008 is dit gestegen naar ongeveer 10,9 miljard. De totale stijging van de zorgkosten tussen 2007 en 2008 (bijna 350 miljoen) is grotendeels toe te schrijven aan de stijging in ziekenhuiskosten. Zonder de invoering van het verplicht eigen risico in 2008, zouden de totale zorgkosten in de Zvw (exclusief GGZ) voor verzekerden boven de 18 zonder FKG of DKG tussen de 275 en 772 miljoen euro hoger

zijn geweest. Hierbij is één omvang van het gedragseffect verondersteld, ongeacht de zorgvorm en ook is verondersteld dat de prijsgevoeligheid van alle leeftijdsgroepen boven de 18 jaar gelijk is aan de prijsgevoeligheid van de analysegroep (15-24 jaar). De omvang van de bandbreedte hangt voornamelijk samen met het effect op ziekenhuiszorg.

Op basis van de beschikbare data is het onmogelijk het effect van het verplicht eigen risico empirisch vast te stellen voor verzekerden ouder dan 18 jaar, vanwege het gebrek aan een behandelings- en controlegroep in deze leeftijdsgroep. De stijgende kosten per leeftijdsgroep (zie Figuur 1) impliceren echter dat de kans groter is dat de grens van 150 euro wordt overschreven naarmate de leeftijd toeneemt. Daarom kan er verondersteld worden dat het effect van het eigen risico zal afnemen met de leeftijd. Waarschijnlijk zorgen niet alleen de stijgende zorgkosten voor een afname van het effect van het eigen risico naarmate de leeftijd stijgt. Een stijgend inkomen zorgt er waarschijnlijk voor dat de elasticiteit van de vraag naar zorg af zal nemen naarmate men ouder wordt. Met andere woorden: oudere mensen zijn minder gevoelig voor prijzen dan jongere mensen en zullen hun zorgconsumptie daar ook minder van af laten hangen.

Tabel 6 geeft weer wat het effect van het verplicht eigen risico zou zijn bij andere veronderstellingen ten aanzien van de prijsgevoeligheid. In de eerste rij van de tabel is de prijsgevoeligheid van de hogere leeftijdsgroepen (ouder dan 19 jaar) gelijk aan de prijsgevoeligheid van de jongeren (14-18 jaar) verondersteld. Vervolgens wordt de prijsgevoeligheid respectievelijk 75, 50 en 25 procent van de prijsgevoeligheid van de jongeren verondersteld.

Tabel 6 Effect verplicht eigen risico met verschillende aannamen van prijsgevoeligheid van hogere leeftijdsgroepen (ouder dan 19 jaar)

Prijsgevoeligheid tov analysegroep	procentpunt	(1) standaard OLS		(2) Mediaanregressies	
		Voorspeld bedrag (in miljoen euro)	procentpunt	Voorspeld bedrag (miljoen euro)	
1	7,3	772	2,6	275	
0,75	5,5	579	1,9	206	
0,5	3,6	386	1,3	137	
0,25	1,8	193	0,6	69	

Het CPB (2008) heeft een gedragseffect berekend tussen de 60 en 100 miljoen euro. Van de Ven en Schut (2010) stellen dat de inschatting van het CPB een onderschatting is. Zij gaan uit van een effect van het eigen risico van 8 procent in het geval de huisarts onder het eigen risico valt. Hiermee komen zij uit op een totaalbedrag van 2 miljard euro, 8 procent van de totale zorgconsumptie binnen de Zvw (26 miljard euro). Het totaalbedrag exclusief huisartsenzorg is geschat op iets minder dan 1 miljard. Dit bedrag is groter dan het hierboven ingeschatte bedrag dat tussen de 275 en 772 miljoen euro ligt, omdat Van de Ven en Schut bij de doorbe-

rekening uitgaan van de gehele verzekerdenpopulatie, inclusief verzekerden onder de 18 jaar en verzekerden met een FKG of een DKG. Uit de analysebestanden van declaraties van zorgverzekeraars is echter gebleken dat verzekerden met een FKG of DKG niet gevoelig zijn voor het eigen risico.

6 Conclusie en discussie

De analyse toont aan dat er een gedragseffect optreedt als gevolg van het verplicht eigen risico in 2008. Het effect bevindt zich tussen $-2,6$ en $-7,3$ procentpunt, wat een zorgmijding tussen de 275 en 772 miljoen teweeg brengt. Het gaat hierbij om zorgkosten in de Zvw met uitzondering van kosten van verzekerden met een FKG- of DKG-indicatie. Daarnaast valt de curatieve GGZ buiten de analyse vanwege de overheveling van de AWBZ naar de Zvw in 2008. Naast het gedragseffect is er sprake van een financieringsverschuiving van 1,26 miljard euro. Het verplicht eigen risico zorgt in totaal voor een besparing van minimaal 1,5 miljard aan publieke middelen.

De methode en het extrapoleren van het gemeten effect onder jongeren naar de gehele verzekerdenpopulatie zijn echter wel met enkele onzekerheden omgeven:

- a) Paramedische en tandartszorg zijn uitgezonderd van de analyse, omdat het niet mogelijk is het effect van het verplicht eigen risico los te koppelen van andere beleidsmaatregelen. Bijvoorbeeld ten aanzien van fysiotherapie en mensendieck waarbij jongeren zijn uitgezonderd van een eigen betaling. Bij de doorberekening is verondersteld dat het effect op de paramedische zorg en de tandartszorg gelijk is aan het gemiddelde effect van het verplicht eigen risico op alle zorgvormen.
- b) Het verplicht eigen risico van jongeren wordt mogelijk door hun ouders betaald, waardoor in deze groep geen of een lager gedragseffect op zou kunnen treden.
- c) Een onderschatting is te verwachten vanwege het gegeven dat leeftijd is gemeten in juni, terwijl de zorgkosten gemeten zijn over een kalenderjaar. Het mes snijdt hier aan twee kanten: voor de controlegroep is de kostenstijging waarschijnlijk onderschat omdat een deel van de verzekerden in de tweede helft van 2008 de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt en dus in 2008 te maken heeft gehad met het verplichte eigen risico; voor de behandelingsgroep is de kostendaling waarschijnlijk onderschat omdat een deel van de verzekerden al in de tweede helft van 2007 de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt en dus al in 2007 te maken heeft gehad met het eigen risico.
- d) Gezonde mensen zijn gevoeliger voor prijsprikkels dan ongezonde mensen. Jongeren zijn over het algemeen gezonder dan ouderen en zullen daarom eerder in staat zijn af te zien van zorg.
- e) Er ontstaat mogelijk een dip in de zorgkosten na het 18^e jaar, omdat jongeren voor hun 18^e jaar zorg naar voren halen (aanloopeffect).

- f) Het gemeten effect van het verplicht eigen risico kan deels bestaan uit het effect van het vrijwillig eigen risico waar verzekerden vanaf hun 18^e jaar gebruik van kunnen maken. Dit effect zal waarschijnlijk beperkt zijn omdat slechts 7% van de verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico bovenop het verplicht eigen risico (NIVEL, 2010).
- g) Het is niet bekend hoeveel zorgkosten niet gedeclareerd worden bij de zorgverzekeraar. Een verzekerde heeft geen prikkel om te declareren als zorgkosten onder 150 euro blijven waardoor een overschatting van het gemeten effect kan ontstaan. Van Vliet (2004) geeft aan dat dit verschijnsel in Nederland minder vaak voorkomt omdat verzekeraars hun verzekerden aansporen hun rekeningen direct te declareren en omdat verzekeraars vaak met zorgverleners afspreken dat de rekening gelijk naar de verzekeraar gestuurd wordt.
- h) Ten slotte treedt er mogelijk een substitutie-effect op van de Zvw naar de AWBZ. Het is echter onbekend in welke *mate* de bovenstaande redenen een onder- of een overschatting van het effect veroorzaken.

Het gebruikmaken van het ‘natuurlijk experiment’ beperkt de analyse tot een tijds-horizon van twee jaar. Het is niet ondenkbaar dat verzekerden vanwege de negatieve financiële prikkel niet alleen minder onnodige zorg consumeren, maar ook minder nodige zorg consumeren of consumptie uitstellen. De effecten hiervan zijn waarschijnlijk pas op langere termijn merkbaar, wanneer – de hypothese volgend – de gezondheidsklachten zich opstapelen of meer gecompliceerd worden. Dit zou dan kunnen leiden tot een even hoge of hogere zorgconsumptie in de toekomst. Uit onderzoek van Tamblyn et al. (2001) blijkt bijvoorbeeld dat na het invoeren van een eigen betalingssysteem voor medicijnen, het gebruik van de eerste hulp, ziekenhuiszorg en lange termijn zorg is toegenomen omdat verzekerden onvoldoende gebruik maken van de benodigde medicatie.

Om beter inzicht te generen in het gedragseffect zou de analyse een langere tijdsperiode moeten betreffen. Daarmee zou het gedragseffect beter onderbouwd kunnen worden en bovendien kan het effect van de verhogingen op de zorgconsumptie geanalyseerd worden. Daarbij is het overigens aan te bevelen om de gehele bevolking mee te nemen in de analyse.

Auteurs

Drs. Mathijn Wilkens, CPB, Van Stolkweg 14, 2585 JR Den Haag (ten tijde van het onderzoek werkzaam bij Ecorys).

Dr. Vincent Thio, Zilveren Kruis Achmea, Dellaertweg 1, 2316 WZ Leiden (ten tijde van het onderzoek werkzaam bij Ecorys).

Dr. Wija Oortwijn, Ecorys Nederland B.V., Watermanweg 44, 3067 GG, Rotterdam. T: 010 453 84 21 E: wija.oortwijn@ecorys.com [correspondentieadres]

Literatuur

- Brook, R.H., J.E. Ware, W.H. Rogers, E.B. Keeler, A.R. Davies, C. D. Sherbourne, G.A. Goldberg, K.N. Lohr, P. Camp en J.P. Newhouse, 1984, The Effect of Coinsurance on the Health of Adults: Results from the RAND Health Insurance Experiment, Santa Monica, California: RAND Corporation, R-3055-HHS.
- CPB, 2008, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw, CPB notitie, Den Haag: 25 april 2008.
- Ecorys, 2011, Evaluatie naar het verplicht eigen risico, Rotterdam, 25 mei 2011.
- Goldman, D.P., G.F. Joyce en Y Zheng, 2007, Prescription Drug Cost Sharing: Associations with Medication and Medical Utilization and Spending and Health, *Journal of American Medical Association*, vol. 298(1):61-69.
- Goudriaan, R., H. Bartelings, V. Thio, R.W.D.J. Snijders, 2006, Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE.
- Koenker, R., en K.F. Hallock, 2001, Quantile Regression, *Journal of Economic Perspectives*, vol. 15(4): 143-56.
- NIVEL, 2010, Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief.
- Tamblyn, R., R. Laprise, J.A. Hanley, M. Abrahamovicz, S. Scott, N. Mayo, J. Hurley, R. Grad, E. Latimer, R. Perrault, P. McLeod, A. Huang, P. Larochelle en L. Mallet, 2001, Adverse effects associated with prescription drug cost sharing among poor and elderly persons, *Journal of the American Medical Association*, vol. 285(4): 421-29.
- Van der Maat, M., en J. de Jong, 2010, Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief: een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg, Utrecht: NIVEL, juni 2010.
- Ven, W. van de, en E. Schut, 2010, Is de zorgverzekeringswet een succes?, *TPEdigitaal*, vol. 4(1): 1-24.