

Remgeldeffecten van het verplichte eigen risico in de zvw

Rudy Douven en Hein Mannaerts

Ingezonden brief naar aanleiding van “Is de Zorgverzekeringswet een succes?” In TPEdigitaal 4(1) pp. 1-24

Wynand van de Ven en Erik Schut (in het vervolg: VS) schrijven in hun artikel in *TPEdigitaal* dat het CPB de remgeldeffecten bij een eigen risico sterk onderschat. Remgelden zijn opbrengsten die gerealiseerd worden doordat burgers kostenbewust gebruik maken van de zorg. Zo zal een hoger eigen risico het kostenbewustzijn van burgers meer prikkelen en zal het remgeldeffect dan ook navenant groter zijn. De twee auteurs stellen dat CPB (2008) het remgeldeffect van het huidige eigen risico in de Zorgverzekeringswet van 165 euro te laag inschat. Bij het doorrekenen van de verkiezingsprogramma's heeft het CPB bij een eigen risico van 210 euro per volwassene in 2015 gerekend met een remgeldeffect van 200 miljoen euro (*exclusief* huisarts) en 350 miljoen (*inclusief* huisarts).¹ Volgens VS zou dit remgeldeffect (*inclusief* huisarts) echter rond de 2 miljard euro per jaar moeten liggen. De auteurs stellen dat dit komt omdat het CPB een cruciale fout maakt door de geschatte elasticiteiten uit Van Vliet (2004) verkeerd toe te passen.

We willen hier graag op reageren. Het CPB gebruikt de elasticiteiten van Van Vliet (2004), omdat het de relatieve verhoudingen van de remgeldeffecten van verschillende typen zorg plausibel acht. Zo is het plausibel dat het remgeldeffect bij de huisartsenzorg groter is dan bij ziekenhuizen of geneesmiddelen. Voor het berekenen van de absolute remgeldeffecten rekent het CPB echter per saldo met veel lagere elasticiteiten. Dit levert dan ook een veel lager bedrag op dan 2 miljard euro. Dit is gebaseerd op de volgende drie overwegingen.

¹ Bij een eigen risico van 775 euro in 2015 gebruikt het CPB een remgeldeffect (*exclusief* huisarts) van 700 miljoen euro.

Ten eerste, de algemene consensus onder Nederlandse (zorg)economen tot dusver lijkt te zijn dat remgeldeffecten van het eigen risico in Nederland klein zijn. Een analyse door APE (2007) laat zien dat de remgeldeffecten van de no-claim van 250 euro gering zijn, en dat die effecten overeenkomen met de remgeldeffecten die het CPB inzet bij het huidige eigen risico van 165 euro. Bij de invoering van de no-claim zou men remgeldeffecten van een miljard euro of meer bovendien terug moeten zien in de macrocijfers. Dat is echter niet het geval. Daarnaast wekken VS in hun evaluatie van de zvw (ZonMw 2009) zelf ook de suggestie dat remgeldeffecten in de huidige zvw, dus *exclusief* huisarts, gering zijn: "...De effectiviteit van het huidige eigen risico is gering...Een belangrijk doel van het eigen risico, te weten het bevorderen van een kostenbewust gebruik van zorg ('remgeldeffect') wordt nauwelijks bereikt...". Hoewel VS geen remgeldeffecten noemen beschouwen wij effecten van 1 miljard euro of meer niet als gering. Ook bij de algemene eigen bijdrage regeling tot een maximum van 200 gulden per hoofdverzekerde, dat in 1997 is ingevoerd in de Ziekenfondswet, zijn geen grote effecten waargenomen (Linssen 1998).

Ten tweede, verscheidene econometrische studies van René van Vliet suggereren dat er wel (grote?) remgeldeffecten hebben plaatsgevonden op de particuliere verzekeringsmarkt. Ook verwijzen VS naar studies in het buitenland waar grote remgeldeffecten werden gevonden. In Van Vliet (2004) worden zogenoemde 'boogelasticiteiten' geschat; bij dergelijke elasticiteiten is het lastig om remgeldeffecten te meten bij lage eigen risico's. De analyse is ook gebaseerd op een specifieke groep van de bevolking in een ander verzekeringsregime met een andere pakketafbakening. De analyse vond namelijk plaats bij *hoge* inkomens, *jonger* dan 65 jaar, in de particuliere verzekeringsmarkt. Hierbij betrof het *vrijwillig gedragen* eigen risico's gedurende de jaren 1993-1995. Het is bekend dat het berekenen van remgeldeffecten van consumenten die vrijwillige eigen risico's nemen uitermate lastig is. Dit komt door het zelfselectie-effect: goede risico's kiezen voor een hoger eigen risico dan slechte risico's. Hoewel Van Vliet voor deze effecten zo goed mogelijk probeert te corrigeren, blijft dit een lastig econometrisch vraagstuk. De onzekerheid omtrent de inschatting van het remgeldeffect lijkt ook groot. Zo werden in Van Vliet (2001) bijvoorbeeld lagere elasticiteiten gerapporteerd. Bovendien betreffen de geschatte elasticiteiten van Van Vliet de effecten *inclusief* huisartsenzorg. Volledig onbekend is hoe groot het effect van de huisarts is. Daarnaast is er een aantal effecten dat een econometrische studie niet goed meeneemt. Zo kunnen de totale zorguitgaven ook stijgen door een eigen risico, omdat de verzekerde aanvankelijk noodzakelijke zorg uitstelt. Ook kan vraaguitval, door het invoeren van een eigen risico, leiden tot meer vraaginductie bij zorgaanbieders omdat ze hun omzet op peil willen houden. Verder kan

bij een grotere algemene koopkracht van burgers het remgeldeffect naar verwachting ook kleiner zijn. Dit alles maakt het dan ook uitermate lastig om elasticiteiten van Van Vliet of andere buitenlandse studies over te nemen en één-op-één toe te passen op Nederland

Ten derde, de auteurs hanteren in hun artikel de elasticiteiten van Van Vliet (2004) wel als uitgangspunt. Omdat in de studie van Van Vliet (2004) de huisarts wel onder het eigen risico viel, stellen de auteurs dat een eigen risico van 165 euro *inclusief* huisarts in de zvw rond de 2 miljard euro per jaar kan opleveren. Het is daarbij inderdaad nog een open vraag hoe groot het effect van de huisarts is. De auteurs rekenen zelf in hun appendix met een remgeldeffect van tussen de 1 en 1,4 miljard euro voor het toevoegen van de huisarts aan het eigen risico. Het CPB hanteert hierbij echter het uitgangspunt dat mensen die niet naar de huisarts gaan vanwege een eigen risico van 165 euro dit voornamelijk doen vanwege 'kleine gebreken'. De kans dat hierbij uitgebreide dure behandelingen in een ziekenhuis achterwege blijven is als nihil ingeschat. Het merendeel van de chronisch zieken en gehandicapten betreft burgers die vooraf al weten dat ze het volledige eigen risico zullen volmaken; deze groep ondervindt geen extra prikkel wanneer de huisarts wordt opgenomen in het eigen risico. Het is juist deze groep die ongeveer driekwart van de zorguitgaven bepaalt. Van de overige verzekerden zullen velen in de loop van het jaar het eigen risico overschrijden en zich daarna niet meer geroepen voelen het eigen gebruik van medische voorzieningen te beperken. Volgens VS zou dus bijvoorbeeld de additionele 1,4 miljard euro voornamelijk moeten worden opgebracht door patiënten met 'grote gebreken': patiënten die door de invoering van het eigen risico bij de huisarts geen dure behandeling meer krijgen. Stel dat een dergelijk behandeltraject gemiddeld 10 000 euro per persoon kost, dan houdt een additionele besparing van 1 miljard euro voor 'grote gebreken' in dat jaarlijks 100.000 personen van zo een duur behandeltraject afzien, omdat ze zelf de kosten tot maximaal 165 euro per jaar moeten dragen voor de huisarts.² Dergelijke effecten schat het CPB in als te fors.

In haar afweging heeft het CPB alle bovenstaande argumenten zo goed mogelijk proberen mee te wegen. Het is een bewuste keuze van het CPB geweest om met een lagere prijsgevoeligheid te rekenen dan VS. Als zodanig is dan ook geen sprake van een cruciale fout. Wel realiseren we ons terdege dat de onzekerheden omtrent onze inschattingen van het remgeldeffect groot zijn. Voor een preciezere inschatting van de remgeldeffecten

² Een additioneel probleem hierbij is dat de hoogte van de eigen betaling voor de huisarts nog onbekend is. De vraag die dit bovendien oproept is wat de consequenties hiervan zijn voor de kwaliteit van de zorg.

zou een meer gedegen econometrisch onderzoek van het huidig eigen risico in de Zorgverzekeringswet moeten plaatsvinden, waarbij er gebruik wordt gemaakt van duidelijke treatment- en controlegroepen, bijvoorbeeld op een manier als in RAND (1993). Het belang van studies naar effecten van eigen risico's zal in de toekomst alleen maar toenemen, omdat inmiddels veel politieke partijen in hun verkiezingsprogramma's hebben aangegeven het verplichte eigen risico's in de zorg te willen verhogen.

Auteurs

Rudy Douven en Hein Mannaerts zijn beiden werkzaam op het Centraal Planbureau.

Literatuur

- APE, 2007, Eindevaluatie van de noclaimteruggaveregeling, September 2007, Den Haag, <http://www.ape.nl/nl/projecten/default.asp?nID=101&tID=10>.
- 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, Bijlage K, 20 mei 2010, CPB, Den Haag.
- Linssen, R.J.L., 1998, Evaluatie macro-economische effecten Algemene Eigen Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden, SCP in opdracht van NIVEL.
- Rand, 1993, Free for all?, Joseph Newhouse and the Insurance Experiment Group, Harvard University Press, Cambridge.
- Vliet, R.C.J.A. van, 2001, Effects of Price and Deductibles on Medical Care Demand Estimated from Survey Data, *Applied Economics*, vol. 33(12):1515-24.
- 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.
- ZonMW, 2009, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, september 2009, Den Haag, http://www.zonmw.nl/uploads/tx_vipublicaties/zvw-wzt_webversie_a4.pdf.