



OPROEP AAN ZORGVERZEKERAARS: EXPERIMENTEER MET 'VERSCHOVEN' EIGEN RISICO

Richard van Kleef, Bastian Ravesteijn, Hans van Kippersluis en Yogi Hendlin

De Nederlandse basisverzekering voor zorgkosten kent een verplicht eigen risico van 385 euro per volwassene per jaar. Voor verzekerden betekent dit dat zij hun zorgkosten tot 385 euro uit eigen portemonnee betalen voordat de verzekeraar overgaat tot vergoeding^a. Met dit eigen risico hoopt de overheid burgers financieel te prikkelen om zorgkosten te beperken.

HUIDIG EIGEN RISICO ONRECHTVAARDIG EN INEFFECTIEF

Uit onderzoek is gebleken dat eigen betalingen door verzekerden kunnen leiden tot lagere zorgkosten, in ieder geval op korte termijn^b. Het precieze effect van het huidige Nederlandse systeem – met een eigen risico tot 385 euro en volledige vergoeding boven dit bedrag – is echter niet bekend^d. Het systeem lijkt in elk geval een belangrijk nadeel te hebben: chronisch zieken met een zware zorgbehoefte weten vooraf dat zij het volledige eigen risico zullen betalen. Neem bijvoorbeeld

een diabetespatiënt die jaarlijks 2.000 euro aan noodzakelijke zorg verwacht: deze patiënt maakt het eigen risico van 385 euro sowieso vol. Het huidige eigen risico kan voor chronisch zieken als onrechtvaardig en ineffectief worden beschouwd. 'Onrechtvaardig' omdat chronisch zieken structureel het volledige eigen-risico bedrag betalen, in tegenstelling tot gezonde verzekerden. 'Ineffectief' omdat chronisch zieken hierdoor geen financiële prikkel ervaren om hun zorgkosten waar mogelijk te beperken.

VERSCHOVEN EIGEN RISICO ALS ALTERNATIEF

In theorie kan een simpele maatregel het eigen risico rechtvaardiger en effectiever maken: laat het eigen risico voor chronisch zieken niet beginnen bij nul euro maar bij een hoger bedrag. Iets technischer geformuleerd: verschuif het eigen risico voor chronisch zieken van kosteninterval [0;385] naar kosteninter-

val [s;s+385]. Voor de eerdergenoemde diabetespatiënt zou het eigen risico bijvoorbeeld kunnen worden verschoven naar het interval [2000;2385]. Net als gezonde mensen, heeft deze patiënt bij zo'n verschoven eigen risico een goede kans om zijn eigen betaling te beperken door zorgkosten te beheersen. Dit zou het eigen risico niet alleen rechtvaardiger maar ook effectiever kunnen maken. In tegenstelling tot het huidige eigen risico, ervaren chronisch zieken bij een verschoven eigen risico (met een goed gekozen startpunt) wél een financiële prikkel om hun zorgkosten te beperken tot minder dan s+385 euro. Empirisch onderzoek zal moeten uitwijzen hoe groot de kostenverlaging als gevolg van deze financiële prikkel is.

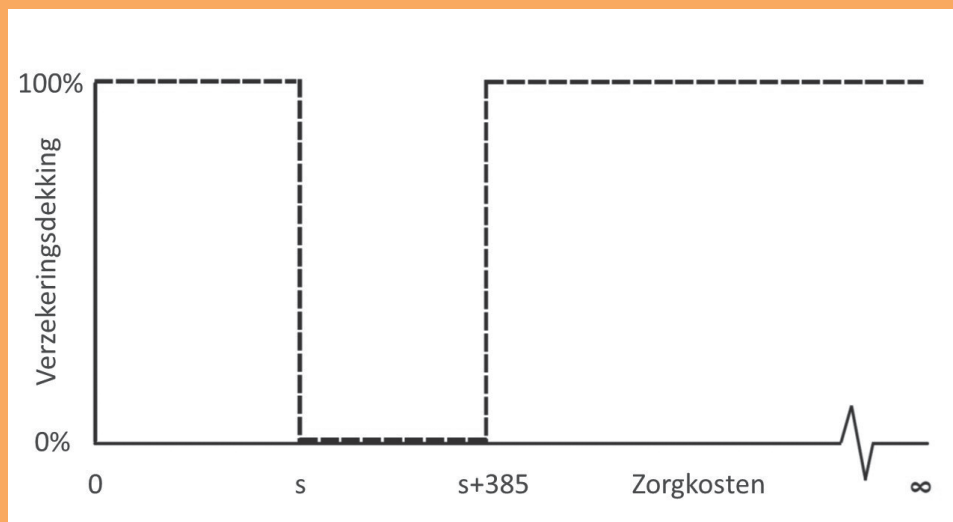
OPROEP AAN VERZEKERAARS

Het is inmiddels meer dan tien jaar geleden dat het verschoven eigen risico voor het eerst werd voorgesteld⁴. De overheid

lijkt vooralsnog niet voornemens om dit idee in te voeren. In dit artikel richten wij ons daarom tot de zorgverzekeraars. Voor hen zien wij twee belangrijke voordelen van een verschoven eigen risico voor chronisch zieken. In de eerste plaats, kan dit systeem leiden tot een kostenbesparing (zie hierboven). In de tweede plaats, kunnen verzekeraars hiermee een aantrekkelijk product aanbieden voor chronisch zieken^c.

AANVULLENDE VERZEKERING ALS PRAKTISCH INSTRUMENT

Hoewel de Zorgverzekeringswet niet expliciet aangeeft dat het eigen risico geldt voor het kosteninterval [0;385], is het voor verzekeraars waarschijnlijk niet mogelijk om het eigen risico expliciet te verschuiven voor chronisch zieken. Verzekeraars mogen de premie en dekking van een zorgpolis namelijk niet differentiëren naar persoonskenmerken. Het is voor verzekeraars echter wel mogelijk om



Figuur 1. Verschoven eigen risico

het eigen risico via een omweg te verschuiven met behulp van een aanvullende verzekering. Zo zou een verzekeraar een gratis aanvullende verzekering kunnen aanbieden voor diabetespatiënten waarmee de kosten onder het verplichte eigen risico worden afgedekt (vergelijkbaar

met de herverzekering van het verplichte eigen risico in diverse gemeentepolissen). Bij deze vergoeding geldt echter wel een voorwaarde: de kosten gedekt door de basisverzekering tussen s en $s+385$ worden in mindering gebracht op de vergoeding. Dit komt overeen met het

principe van een verschoven eigen risico voor kosteninterval $[s; s+385]$. Zie figuur 1 voor een illustratie. Uiteraard moet de marketingafdeling van de verzekeraar even goed nadenken over de framing van dit product. Echter, met een slogan als 'Gratis herverzekering van het eigen risico voor diabetespatiënten' zal de aandacht van deze groep snel zijn getrokken.

In aanvulling op het 'verschuiven' van het eigen risico kan ook worden gedacht aan het 'spreiden' ervan door verzekerden in het eigen-risico-interval slechts een deel (in plaats van de volledige kosten) zelf te laten betalen (tot een maximum van 385 euro). In het bovenstaande voorbeeld van de diabetespatiënt zou de verzekeraar bijvoorbeeld een bijbetaling van 25% kunnen hanteren in het interval $[2000; 3540]$. Hoewel de financiële prikkel binnen dit interval kleiner is (25% i.p.v. 100%) geldt de prikkel voor een groter deel van de zorgkosten. Of het 'spreiden' van het

eigen risico per saldo leidt tot lagere zorgkosten is ook een empirische vraag.

START EXPERIMENTEN MET VERSCHOVEN EIGEN RISICO

Hoewel een verschoven eigen risico voor chronisch zieken in theorie voordelen biedt ten opzichte van het huidige eigen risico, moeten belangrijke vragen nog worden beantwoord. Voor welke groepen kan het eigen risico worden verschoven? Hoe ver moet het eigen risico voor die groepen worden verschoven? Hoe groot is het effect van een verschoven eigen risico op de zorgkosten van chronisch zieken? Weegt een kostenverlaging op tegen de verschuiving van zorgkosten van verzekerden naar de verzekeraar? Hoe ervaren verzekerden een verschoven eigen risico? Wat is het effect op de gezondheid en toekomstige zorgkosten van chronisch zieken?

Inzicht in deze vragen is cruciaal om de doelmatigheid en rechtvaardigheid van

een verschoven eigen risico in kaart te brengen. Om deze en andere vragen te beantwoorden roepen wij verzekeraars op om kleinschalige experimenten met het verschoven eigen risico te starten. Hierbij kan worden gedacht aan een gerandomiseerd experiment waarbij het verschoven eigen risico binnen een bepaalde patiëntengroep (bijvoorbeeld diabetici) random wordt aangeboden aan een interventiegroep. Door de zorgkosten van deze interventiegroep te vergelijken met die van een (tevens gerandomiseerde) controlegroep zónder verschoven eigen risico kan een zuivere schatting worden verkregen van het effect op de zorgkosten. Daarnaast kunnen verzekeren in beide groepen worden bevroegd over hun gedrag, overwegingen en gezondheid. Mogelijk kan ook objectieve gezondheidsinformatie worden meeegenomen zoals ziekenhuisdiagnosen.

MAATSCHAPPELIJK BELANG

Met het oog op de stijgende zorgkosten en de toenemende druk op solidariteit, is

inzicht in de effecten van (alternatieven voor) het eigen risico van grote waarde voor toekomstig zorgbeleid. Het verschoven eigen risico dat we in dit artikel voorstellen is internationaal gezien een uniek instrument, en heeft de potentie om het zorgsysteem doelmatiger en rechtvaardiger te maken. Hoewel een besluit om te experimenteren met een verschoven eigen risico enig lef vereist van verzekeraars, kunnen verzekeraars hiermee hun maatschappelijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid aantonen, en tegelijkertijd een belangrijke kennisleemte opvullen!

Alle vier de auteurs zijn werkzaam voor de Erasmus Universiteit Rotterdam. Richard van Kleef is universitair hoofddocent aan de Erasmus School of Health Policy & Management. Bastian Ravesteijn en Hans van Kippersluis zijn respectievelijk universitair docent en hoogleraar aan de Erasmus School of Economics. Yogi Hendlin is universitair docent aan de Erasmus School of Philosophy.

- a. *Enkele zorgvormen zijn uitgezonderd van het eigen risico. Dit betreft onder andere huisartsenzorg, verloskundigen zorg, kraamzorg, ketenzorg en wijkverpleging.*
- b. *Een toonaangevend onderzoek op dit terrein is het 'RAND Health Insurance Experiment'. Uit dit experiment bleek dat de zorguitgaven van verzekerden met een polis met een zeer hoge eigen betaling (tot 130% van de gemiddelde zorguitgaven) circa 31% lager waren dan de zorguitgaven van verzekerden met een polis zonder eigen betaling.² Ook ander experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek wijst op een negatief verband tussen eigen betaling en zorgkosten.³*
- c. *Om het verschoven eigen risico aantrekkelijk te maken voor verzekeraars is het cruciaal dat de risicoverevening goed werkt. Op dit moment lijden verzekeraars nog een voorspelbaar verlies op mensen met een chronische aandoening⁵. De risicoverevening mag veelbelovende innovaties echter niet in de weg staan. Het is aan de overheid om er op termijn voor te zorgen dat chronisch zieken minstens zo aantrekkelijk*

zijn voor verzekeraars als gezonde mensen. Voor experimenteel onderzoek is de imperfecte verevening overigens niet cruciaal aangezien een verzekeraar een experiment kan beperken tot verzekerden die thans bij hem zijn aangesloten.

Referenties

1. Kleef RC van, et al. Economisch Statistische Berichten 2017;102: 186-8.
2. Einav L, Finkelstein A. Journal of the European Economic Association 2018;16:957-82.
3. Newhouse JP. Free for all? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press 1993: Cambridge, Massachusetts.
4. Kleef RC van, et al. Economisch Statistische Berichten 2007;92: 459-61.
5. Kleef RC van, et al. Economisch Statistische Berichten 2019;104: 373-5.