CPB Notitie

Centraal Planbureau

Nummer : 2008/18
Datum : 25 april 2008
Aan : Ministerie van VWS

Gedragseffect van eigen betalingen in de ZVW

1 Inleiding

Eigen betalingen in de zorg kunnen twee effecten hebben: een deel van de zorg wordt nog steeds geconsumeerd, maar mensen betalen die zorg zelf, en een andere deel van de zorg wordt niet meer gevraagd. Het eerste duiden we aan als een financieringsverschuiving; de collectieve zorguitgaven nemen dan af en de particuliere zorguitgaven nemen toe. Het tweede is het gedragseffect.

VWS heeft het CPB een aantal vragen gesteld over het gedragseffect van eigen betalingen:

1. Wat voor effect hebben procentuele betalingen in plaats van een eigen risico aan de voet op het gedragseffect?
2. Wat is de invloed van verschillende instrumenten (hoogte eigen risico, al dan niet opnemen huisarts in eigen risico, bijbetalingspercentage) op het gedragseffect?
3. Wat valt er te zeggen over de prijsgevoeligheid van de extramurale GGZ?

Wat betreft de eerste vraag, in 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (ZVW) een verplicht eigen risico van 150 euro. Dit kan worden gezien als een bijbetalingspercentage van 100 tot een maximum van 150 euro. De Tweede Kamer heeft een amendement van Van der Vlies c.s. aangenomen dat de mogelijkheid opent om vanaf 2009 te werken met procentuele eigen bijdragen in plaats van een eigen risico aan de voet.[1] Per algemene maatregel van bestuur wordt een percentage bepaald. Ook moet het mogelijk worden om een vaste bijdrage te vragen voor bepaalde zorgvormen, bijvoorbeeld x euro per DBC. Bij een gelijke hoogte van het maximale bedrag maken mensen bij procentuele bijdragen pas bij hogere zorguitgaven het bedrag vol. Bijvoorbeeld, bij een eigen bijdrage van 10% wordt een maximaal bedrag van 150 euro pas

[1] Tweede Kamer, vergaderjaar 2007-2008, 31094, nr. 34

volgemaakt bij 1500 euro aan zorguitgaven. De gedachte achter het amendement is dat mensen bij een percentage van 100 hun eigen risico al snel vol kunnen hebben, en dan dus niet meer worden afgeremd in hun zorggebruik. Bij procentuele eigen bijdragen is er een langer traject waarin mensen kostengevoelig zijn. Aan het CPB is gevraagd wat een dergelijke wijziging voor gevolgen zou hebben voor het gedragseffect van eigen betalingen.
Daarnaast zijn nog twee vragen aan het CPB gesteld. De tweede vraag is wat voor effect mogelijke andere maatregelen hebben op het gedragseffect, namelijk het verhogen van het eigen risico en de introductie van eigen betalingen voor huisartsenzorg. De derde vraag heeft betrekking op de GGZ, die begin dit jaar deels is overgeheveld naar de ZVW. Naar aanleiding hiervan vraagt VWS zich af wat er bekend is over de prijsgevoeligheid van de extramurale GGZ.

Waar in deze notitie over een eigen risico wordt gesproken, wordt een bijbetaling van 100% bedoeld. Als de bijbetaling gedeeltelijk is, wordt gesproken van procentuele betalingen of eigen bijdragen. Er wordt steeds uitgegaan van de aanwezigheid van een maximum bedrag voor de eigen betalingen. De analyses in deze notitie beperken zich tot het effect van wijzigingen in eigen betalingen op de *vraag* naar zorg. Wijzigingen kunnen ook nog via het aanbod van zorg invloed hebben op het gebruik (bijvoorbeeld via aanbodgeïnduceerde vraag), maar daar wordt in deze notitie verder geen aandacht aan besteed.

Hieronder wordt om te beginnen ingegaan op de prijsgevoeligheid van de vraag naar verschillende soorten zorg en de verdeling van zorguitgaven over verzekerden. Deze informatie is van belang om de antwoorden op de vragen van VWS te verduidelijken. Daarna wordt ingegaan op het gedragseffect in de huidige situatie en op de drie vragen. Bespreking van het gedragseffect in de huidige situatie is van belang omdat het CPB tot nieuwe inzichten is gekomen over de omvang van dit effect, op grond van nieuwe data en aanpassingen in het gehanteerde model. Wegens gebrek aan gegevens blijft de GGZ buiten beschouwing in alle data en berekeningen rond eigen betalingen in de secties 2 en 3. Pas in sectie 4 komt de GGZ aan de orde.

Resultaten

Het overgaan op eigen bijdragen leidt niet tot een groter gedragseffect. In het algemeen neemt het gedragseffect juist af naarmate het bijbetalingspercentage lager is. Alleen bij lage eigen risico's kan het gebeuren dat het gedragseffect ongeveer gelijk blijft bij invoering van procentuele betalingen, afhankelijk van het gebruikte model. Het invoeren van eigen betalingen voor de huisarts leidt wel tot een groter gedragseffect, evenals het verhogen van het eigen risico. Over de prijsgevoeligheid van de extramurale GGZ is geen Nederlandse empirie

beschikbaar. Op grond van de literatuur is het mogelijk dat deze vorm van zorg vrij prijsgevoelig is.

2 Prijsgevoeligheid en verdeling van zorguitgaven

2.1 Prijsgevoeligheid

Prijselasticiteiten

Verschillende soorten zorg verschillen in de mate waarin de vraag naar zorg reageert op de prijs, in dit geval op eigen betalingen. Dit is ook voorstelbaar: zorg kan verschillen in noodzaak, urgentie en de mate waarin verzekerden zelf kunnen beïnvloeden of ze wel of niet zorg vragen. Bijvoorbeeld, iemand kan voor sommige klachten zelf beslissen of hij/zij naar de huisarts of fysiotherapeut gaat of het nog even aanziet. Op bijvoorbeeld de vraag naar ziekenhuiszorg hebben verzekerden al weer minder invloed. Als de huisarts aangeeft dat het nodig is om een medisch specialist te raadplegen of om opgenomen te worden, zal men vaak geneigd zijn dit advies te volgen. Informatie over de prijsgevoeligheid van verschillende soorten zorg voor Nederland ontlenen we aan Van Vliet (2004).[2] De elasticiteiten zijn te vinden in Tabel 2.1.

Tabel 2.1 De eigen-betalingen-elasticiteit van de uitgaven naar type zorg

Type zorg	Elasticiteit
Huisartsen	– 0,40
Fysiotherapie	– 0,32
Medicijnen	– 0,08
Specialist	– 0,12
Ziekenhuis	– 0,04
Overig	– 0,12

Bron: Van Vliet (2004), Tabel 7.

De vraag naar huisartsenzorg en die naar fysiotherapie zijn het meest prijsgevoelig. De huisartsenzorg valt echter niet onder het eigen risico. Fysiotherapie valt tegenwoordig voor een groot deel buiten het basispakket. De vraag naar ziekenhuiszorg is het minst prijsgevoelig; de elasticiteit is 10x zo klein als die voor huisartsenzorg.

2.2 Verdeling van zorguitgaven

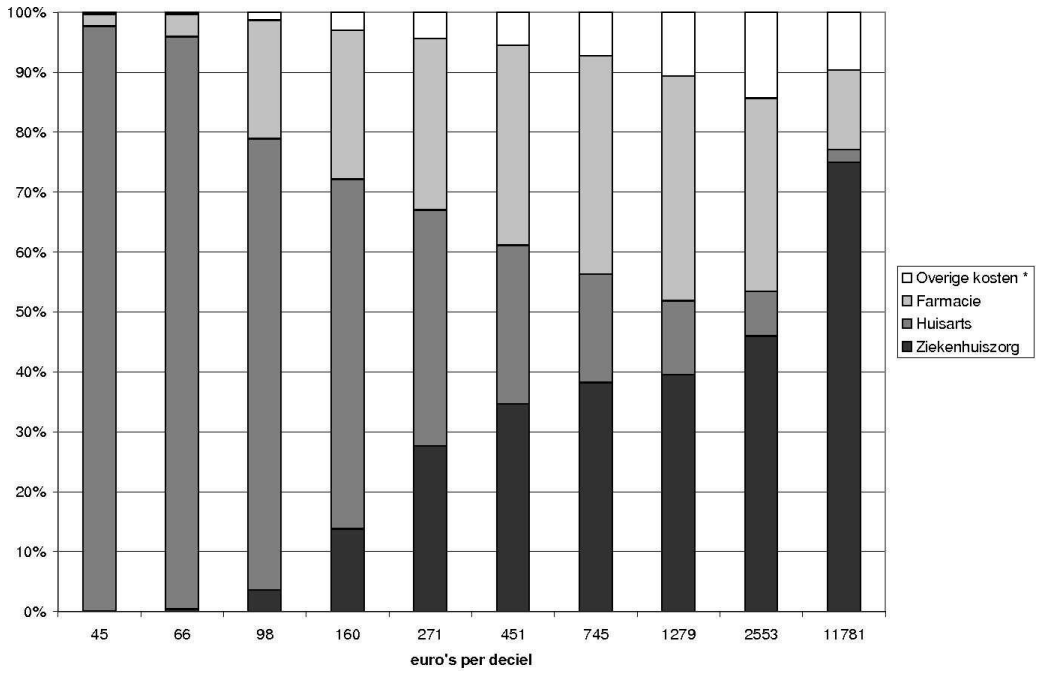
Vektis heeft ten behoeve van de analyses in deze notitie gedetailleerde gegevens aangeleverd over de verdeling van zorguitgaven in de ZVW. Figuur 2.1 laat de verdeling zien van de

[2] Deductables and Health Care Expenditures, International Journal of Health Care Finance and Economics, 2, 283-305, 2004.

zorguitgaven van verzekerden van 18 jaar en ouder per deciel in de ZVW in 2006.[3] Per deciel zijn onderaan de gemiddelde uitgaven weergegeven. De 10% verzekerden met de laagste kosten maken gemiddeld 45 euro aan zorgkosten. Voor de 10% verzekerden met de hoogste kosten bedragen de uitgaven bijna 12.000 euro. De uitgaven in de laagste twee decielen bestaan vrijwel volledig uit huisartsenzorg. In het derde deciel neemt het aandeel van de farmaceutische kosten toe.

Vanaf het derde deciel worden de uitgaven aan huisartsenzorg verdrongen door de farmaceutische zorg en de ziekenhuiszorg. In het achtste deciel bestaat 40% van de uitgaven uit ziekenhuiszorg en 40% uit farmaceutische zorg. In het laatste deciel bestaat 75% van de uitgaven uit ziekenhuiszorg. De overige typen zorg spelen in geen enkel deciel nog een grote rol.

Figuur 2.1 Verdeling van zorguitgaven per deciel



De gemiddelde kosten aan huisartsenzorg per deciel zijn te vinden in Tabel 2.2. Deze lopen uiteen van 44 euro in het eerste deciel tot 243 euro in het laatste deciel.[4] Het eerste deciel neemt 3% van de huisartsenkosten voor zijn rekening en het laatste 20%. De uitgaven aan huisartsenzorg zijn dus wel enigszins scheef verdeeld, maar vergeleken bij de totale uitgaven is de scheefheid zeer gering. De zorguitgaven als geheel (inclusief huisartsenzorg) zijn zeer scheef verdeeld over de verzekerden. Bijna 70% van de totale zorguitgaven vindt plaats in het 10de

[3] Een deciel is het getal dat de statistische distributie van de zorguitgaven verdeelt in tien groepen met een gelijk aantal verzekerden. De 10% verzekerden met de laagste kosten zijn opgenomen in deciel 1.

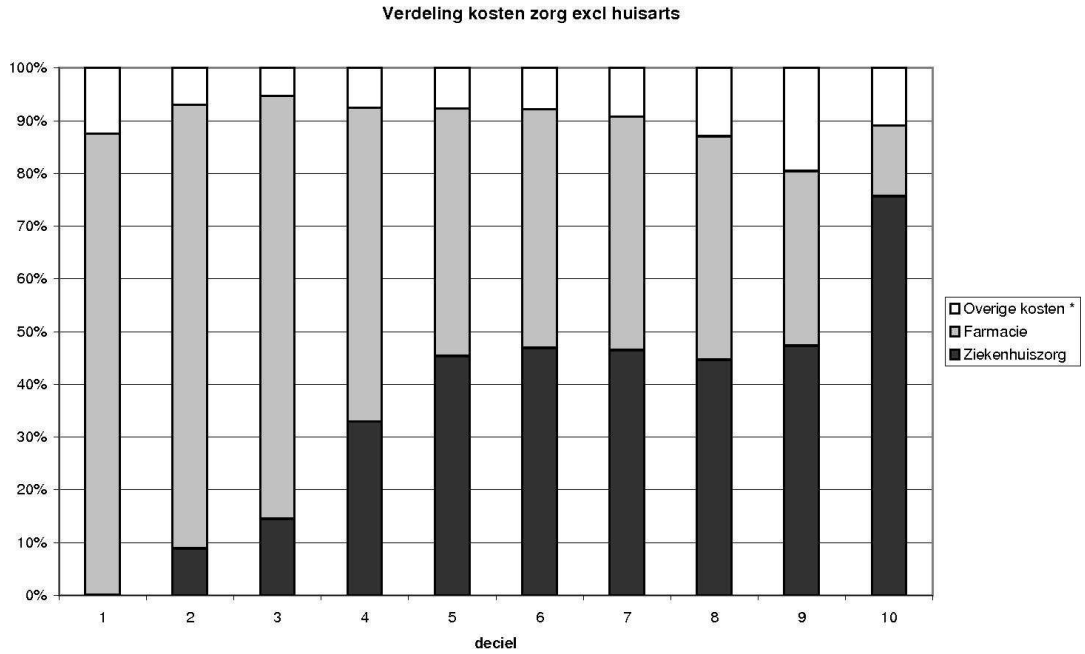
[4] Deze bedragen zijn in beginsel inclusief het abonnementstarief van 52 euro per jaar. Dat het gemiddelde bedrag in het eerste deciel wat lager is, komt waarschijnlijk doordat niet helemaal iedereen bij een huisarts is ingeschreven en nog niet alle individuele inschrijvingen voor 2006 verwerkt waren in de data die Vektis als basis heeft gebruikt.

deciel. De eerste 5 decielen van de verdeling omvatten slechts 3,6% van de zorguitgaven. De Vektis-gegevens over 2006 die wij hebben ontvangen zijn niet helemaal compleet: ongeveer 5% van de verzekerden ontbreekt. Deze gegevens zijn gebaseerd op de ZVW-periode en daarom in beginsel meer betrouwbaar dan de gegevens voor eerdere jaren.

Tabel 2.2 Kosten huisartsenzorg per deciel

Deciel	Gemiddelde kosten (euro's)	Aandeel in kosten per deciel (%)	Aandeel in huisartskosten (%)
1	44	98	3
2	63	96	5
3	73	75	6
4	93	58	8
5	106	39	9
6	119	26	10
7	135	18	11
8	157	12	13
9	182	7	15
10	243	2	20

Figuur 2.2 Verdeling kosten zorg



Als de huisartsenzorg in de ZVW buiten beschouwing wordt gelaten zoals tot nu toe het geval is bij het eigen risico, dan ziet het plaatje van figuur 2.1 er heel anders uit (zie figuur 2.2).[5] In dat geval bestaan de uitgaven in de lage decielen grotendeels uit farmaciekosten. In de hogere

[5] Hierbij wordt de veronderstelling gemaakt dat de indeling van de verzekerden in decielen niet verandert.

decielen (5 t&m 9) krijgt de ziekenhuiszorg een aandeel van ongeveer 45%. Het aandeel van de farmaceutische kosten loopt wat terug van 45% in deciel 5 naar 35% in deciel 9. Het aandeel van de overige kosten, die vooral betrekking hebben op hulpmiddelen, blijft vrij bescheiden.

3 Maatregelen gericht op het gedragseffect

3.1 Gedragseffect in de huidige situatie

Om het gedragseffect te berekenen gebruikt het CPB momenteel als basismodel een eenvoudige exponentiele vraagvergelijking, waarin de vraag naar zorg naast de behoefte ook afhangt van de betalingen die mensen zelf moeten doen.[6] Met behulp van de elasticiteiten uit 2.1, de verdeling van zorguitgaven uit 2.2 en de vraagvergelijking kunnen de eigen betalingen en het gedragseffect worden berekend. De resultaten voor het gedragseffect zijn te vinden in Tabel 3.1. Volgens de huidige berekeningen bedraagt het gedragseffect in het basismodel bij een eigen risico van 150 euro ongeveer 60 mln euro.

Tabel 3.1 Gedragseffect eigen risico, exclusief huisarts (mln euro's)

Eigen risico	Basismodel	Andere vorm vraagfunctie	Minder inzicht zorguitgaven rest van het jaar	Andere vorm en minder inzicht
150 euro	60	70	90	100
250 euro	110	110	140	140
600 euro	280	210	330	250

Bedragen afgerond op 10 mln euro.

Er zijn wel enkele onderzekerheden rond dit basismodel; daarom is ook gevoeligheidsanalyse gedaan met enkele alternatieve veronderstellingen. Door de keuze van een exponentiele vraagvergelijking geldt in het basismodel dat de relatieve daling van de vraag door eigen betalingen onder het eigen risico onafhankelijk is van het niveau van de vraag. Er is ook gerekend met een variant waarin de relatieve daling afneemt bij een toename van de vraag om te zien welk effect dit zou hebben. Het kiezen van deze andere vorm van de vraagfunctie leidt bij een eigen risico van 150 euro tot een wat groter gedragseffect. Bij een eigen risico van 600 euro leidt de andere vorm van de vraagfunctie tot een lager gedragseffect dan in het basismodel.[7]

In het basismodel wordt verondersteld dat verzekerden die het eigen risico overschrijden, geen gedragseffect vertonen. We gaan er dan dus van uit dat men dit van tevoren al kan verwachten. Verzekerden met chronische ziekten zullen vrij goed kunnen voorspellen of ze het maximum

[6] Deze vergelijking heeft een eindige waarde bij volledig verzekerde zorg.

[7] Dat het gedrageffect gelijk blijft bij 250 euro heeft te maken met de gehanteerde veronderstelling: onder de 250 euro is de elasticiteit verhoogd ten opzichte van het basismodel en daarboven juist verlaagd.

zullen overschrijden. Bij verzekerden die onverwachts worden geconfronteerd met gezondheidsproblemen, zal de mate waarin ze overschrijding kunnen voorspellen mede afhangen van de zorguitgaven waarbij ze de maximale eigen betaling volmaken. Bij een eigen risico van 150 euro zal dit niet zo moeilijk te voorspellen zijn; dat bedrag wordt bij veel gezondheidsproblemen immers al snel overschreden. Aangezien vragen worden gesteld over het effect van verlenging van de remweg en van verhoging van het eigen risico, analyseren we ook de gevoeligheid voor deze veronderstelling. In een alternatief model is verondersteld dat een deel van deze verzekerden tevoren niet verwacht dat ze het eigen risico zullen overschrijden en dat dit deel nog steeds een gedragseffect vertoont. In dit geval kan het gedragseffect bij een eigen risico van 150 euro oplopen tot 90 mln euro.
De beide varianten op het basismodel kunnen ook met elkaar worden gecombineerd. De veronderstelling is dan dat èn de elasticiteit daalt naarmate de vraag toeneemt èn niet alle verzekerden die het eigen risico overschrijden dat kunnen voorzien. In dat geval is het berekende gedragseffect bij een eigen risico van 150 euro nog wat groter, namelijk ongeveer 100 mln euro.

3.2 Vergelijking met eerdere berekeningen

Het CPB heeft al eerder vragen beantwoord over de omvang van het gedragseffect. In oktober 2004 is een inschatting gemaakt van het gedragseffect van een no-claimteruggaveregeling.[8] Er is toen vanuit gegaan dat dit effect tweederde zou zijn van het effect van een eigen risico; bij de gehanteerde veronderstelling werd ingeschat dat het gedragseffect in de ZFW ongeveer 0,2 mld euro bedroeg. In 2006 is deze inschatting naar beneden bijgesteld, op grond van de evaluatie van de no-claimregeling en gewijzigde inzichten over de vorm van de vraagfunctie. Er werd toen uitgegaan van een gedragseffect van 150 mln euro in de ZVW, zowel voor een no-claim van 250 euro als voor een eigen risico van 150 euro.[9]
Op het ogenblik hebben we de beschikking over recente en veel meer gedetailleerde data over de verdeling van zorguitgaven over verzekerden, die Vektis heeft geleverd (zie 2.2). Hierdoor is ook gebleken dat de eerder gebruikte lognormale verdeling niet goed aansluit bij de werkelijke verdeling van de zorguitgaven. Met de nieuwe gegevens is sprake van een meer gedegen fundering voor de analyse. De verdeling van zorguitgaven die aan de basis ligt van de berekeningen, is vrij ingrijpend veranderd.
Bovendien zijn er aanpassingen geweest in het model dat wordt gebruikt om het gedragseffect te berekenen. Er wordt nu een gedetailleerder onderscheid gemaakt in prijsgevoeligheid tussen de verschillende zorgvormen (zie 2.1). Bij de berekeningen in 2004 werd alleen onderscheid

[8] CPB Notitie, Het effect van invoering van eigen betalingen in de ZFW, 7 oktober 2004.
[9] Zie Keuzes in kaart 2008-2011; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's, Den Haag, Centraal Planbureau, oktober 2006.

gemaakt tussen klinische en niet-klinische zorg. Verder is de specificatie van de vraagfunctie veranderd.
Met de huidige gegevens over de verdeling van zorguitgaven en het huidige onderscheid naar prijsgevoeligheid van zorgvormen kan beter rekening worden gehouden met het buiten het eigen risico vallen van de huisarts. De nieuwe gegevens en aanpassingen hebben geleid tot een daling van het berekende gedragseffect bij een eigen risico van 150 euro. Voor alle duidelijkheid, het gaat daarbij niet om een daling in de tijd die door wijzigingen in het beleid of andere oorzaken is opgetreden. Voortschrijdend inzicht behelst dat het gedragseffect waarschijnlijk steeds al lager is geweest dan eerder werd berekend. In Appendix A wordt verder ingegaan op de mate waarin de huidige berekeningen met onzekerheid zijn omgeven.

3.3 Procentuele eigen bijdragen en hoogte eigen risico

Gedragseffect eigen bijdragen

In dit deel beperken we ons tot het effect van een gedeeltelijke bijbetaling in plaats van een eigen risico aan de voet. Het gebruikte model is niet geschikt om iets te zeggen over het effect van een vaste bijdrage per DBC.
Door te gaan werken met procentuele eigen bijdragen wordt de financieringsverschuiving kleiner. Dit is eenvoudig in te zien: mensen met hoge zorgkosten betalen nog steeds 150 euro zelf, maar mensen met lage zorgkosten gaan minder zelf betalen. Bij een percentage van 10 betaalt iemand met 150 euro aan zorgkosten nog maar 15 euro zelf.
De invloed op het gedragseffect hangt af van een aantal factoren. Het gedragseffect bij mensen met lage zorguitgaven (tot 150 euro) neemt af door eigen bijdragen in te voeren in plaats van een eigen risico. Zij krijgen immers met lagere eigen betalingen te maken. Dit gedragseffect is absoluut gezien toch al gering, omdat het bij deze mensen überhaupt om geringe zorguitgaven gaat. Bij mensen met zorguitgaven tussen de 150 en 1500 euro (in het voorbeeld van 10% bijbetaling) wordt de remweg langer en wordt het gedragseffect groter bij de gemaakte veronderstelling dat mensen die het maximale bedrag overschrijden geen gedragseffect vertonen. Hierbij geldt wel dat hogere uitgaven ook vaker betrekking hebben op de minder prijsgevoelige uitgaven, zoals ziekenhuiszorg. Voor mensen met hele hoge zorguitgaven zal er waarschijnlijk weinig in hun gedrag veranderen, tenminste als zij tevoren al kunnen verwachten dat ze toch het maximale bedrag aan eigen betalingen zullen overschrijden. In het voorbeeld met een bijbetaling van 10% gaat het om zorguitgaven van 1500 euro. Het is bij een hoger bedrag, zoals 1500 euro, naar verwachting gemiddeld moeilijker om te voorspellen of men het maximum zal overschrijden dan bij een eigen risico van 150 euro. Daarom is ook het model relevant met een alternatieve veronderstelling over de mate waarin mensen hun zorgkosten kunnen voorzien.

Voor de totale verandering van het gedragseffect is onder andere van belang hoe groot de boven beschreven groepen zijn: met totale zorguitgaven onder het maximumbedrag, met totale zorguitgaven tussen het maximumbedrag en het maximumbedrag gedeeld door het bijbetalingspercentage (1500 euro in het eerdere voorbeeld) en met totale zorguitgaven boven het maximumbedrag gedeeld door het bijbetalingspercentage. Ook is van belang wat voor type zorgkosten deze groepen maken, namelijk of deze meer of minder prijsgevoelig zijn. Met andere woorden, voor het gedragseffect is van groot belang hoe de verdeling van zorguitgaven is. Hierboven is er al op gewezen dat de verdeling zeer scheef is. Een groot deel van de totale uitgaven wordt gemaakt door een beperkte groep mensen met hele hoge zorguitgaven.

Voor verschillende hoogten van het maximale bedrag (150, 250 en 600 euro) is berekend wat het effect is van het verlagen van de bijbetaling van 100% naar 50%, 25% en 10%. Dit is met drie verschillende modelvarianten gedaan: het basismodel, een modelvariant met een andere vorm voor de vraagfunctie en een modelvariant waarin een deel van de verzekerden die het maximale bedrag overschrijden toch een gedragseffect vertonen, omdat zij de overschrijding in eerste instantie niet konden voorzien. In de berekeningen in deze sectie wordt er steeds vanuit gegaan dat de huisarts niet onder het eigen risico valt.

Tabel 3.2 Gedragseffect bij verschillende bijbetalingspercentages en maximale bedragen, exclusief huisarts (mln euro's)

		Basismodel	Andere vorm vraagfunctie	Minder inzicht zorguitgaven rest van het jaar
Maximaal bedrag	percentage			
150	100	60	70	90
	50	60	60	80
	25	65	50	80
	10	65	40	70
250	100	105	105	145
	50	110	90	135
	25	110	75	125
	10	100	50	105
600	100	275	205	330
	50	270	165	300
	25	245	120	255
	10	175	60	180

Bedragen afgerond op 5 mln euro.

In bijna alle geanalyseerde situaties is het gedragseffect maximaal bij een eigen bijdrage van 100%, dat wil zeggen een eigen risico. Dit komt overeen met de resultaten van een groot experiment rond eigen betalingen dat zo'n 25 jaar geleden in de VS is gehouden, het RAND-

experiment.[10] De enige uitzondering hierop vormen de berekeningen met het basismodel voor maximale bedragen van 150 euro en 250 euro.[11] Waar zich een toename van het gedragseffect voordoet bij een afname van het bijbetalingspercentage, is deze toename echter zeer gering. Het overgaan van een eigen risico op lagere bijbetalingspercentages leidt dus in het algemeen niet tot een groter gedragseffect, ook al wordt hierdoor de remweg verlengd. In veel gevallen wordt hierdoor juist het gedragseffect verkleind, zeker bij hogere eigen risico's.

Compensatieregeling

Mensen met een slechte gezondheid hebben gemiddeld hogere eigen betalingen dan mensen met een goede gezondheid. Dit is inherent aan een systeem van eigen betalingen. Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten krijgen een compensatie voor dit verschil. In 2008 krijgt deze groep een bedrag van 47 euro per persoon om gemiddeld op dezelfde eigen betalingen uit te komen als mensen die niet tot deze groep behoren. Op zichzelf heeft deze compensatie geen effect op de prikkel om zuinig met zorg om te gaan; de compensatie hangt immers niet af van de omvang van de zorguitgaven. Wel geldt dat bij mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten van een gedragseffect sowieso weinig sprake zal zijn bij een eigen risico van 150 euro, omdat zij kunnen verwachten dat zij dit hoe dan ook overschrijden.

Bij een procentuele bijdrage van bijvoorbeeld 10% zullen de gemiddelde eigen betalingen van niet-chronisch zieken[12] sterk afnemen. Men dient zich te realiseren dat bij de gehanteerde systematiek de compensatie voor chronisch zieken dan moet toenemen. Dit komt niet omdat de chronisch zieken meer eigen betalingen hebben, maar omdat de niet chronisch zieken minder eigen betalingen hebben.

Hoger eigen risico

Het verhogen van het eigen risico leidt tot een toename van de eigen betalingen en van het gedragseffect. In Tabel 3.2 is te zien hoe het gedragseffect toeneemt bij het verhogen van het eigen risico, in het geval wanneer huisartsenzorg buiten het eigen risico valt. Bij het verhogen van het eigen risico gaat het om de regels met een percentage bijbetaling van 100. Een viermaal zo hoog eigen risico leidt tot een gedragseffect dat driemaal zo hoog is tot ruim viermaal zo hoog.

3.4 Huisarts onder eigen risico

In Tabel 3.3 is te zien welk gedragseffect wordt berekend als het gebruik van huisartsenzorg onder het eigen risico valt. Er is van uitgegaan dat alleen de consult-tarieven onder het eigen risico vallen. Het abonnement moet in alle gevallen worden betaald, ook voor mensen die geen huisartsenzorg gebruiken. Het ligt dus niet in de rede om dat deel onder het eigen risico te

[10] Newhouse, J.P. and het Insurance Experiment Group (1993), Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment, Harvard University Press. Dit experiment vormt nog steeds een belangrijke bron van informatie, omdat een werkelijk experimentele opzet maar zelden haalbaar is bij het verzamelen van gegevens over eigen betalingen.

[11] Dit komt o.a. omdat bij lagere maxima relatief veel mensen prijsgevoelig worden bij een verlenging van de remweg.

[12] Vanwege de leesbaarheid van het kader spreken we ook van "chronisch zieken", hoewel de groepen chronisch zieken en verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten wellicht niet exact overeen komen.

brengen. Bij deze berekening zijn ook weer drie varianten van het model gebruikt. Bij een eigen risico van 150 euro wordt het gedragseffect tweemaal zo groot door het opnemen van huisartsenzorg in het eigen risico. Bij een hoger eigen risico is het relatieve effect geringer. De toename van het gedragseffect is eenvoudig te verklaren. Zoals hierboven aangegeven bestaan de laagste decielen voor een belangrijk deel uit uitgaven aan huisartsenzorg. Deze uitgaven gaan weer een rol spelen bij het gedragseffect als de huisartsenzorg onder het eigen risico valt. Bovendien geldt dat de vraag naar huisartsenzorg relatief prijsgevoelig is.

Tabel 3.3 Gedragseffect bij opnemen van huisartsenzorg in het eigen risico (in mln euro's)

Eigen risico	Basismodel	Andere vorm vraagfunctie	Minder inzicht zorguitgaven rest van het jaar
150 euro	120	150	180
250 euro	190	200	260
600 euro	420	350	510

Bedragen afgerond op 10 mln euro.

Denkbaar is ook nog een variant waarin *alleen* de huisartsenzorg onder het eigen risico valt (zie Tabel 3.4). Deze heeft als kenmerk dat eigen betalingen alleen betrekking hebben op de meest prijsgevoelige vorm van zorg. Bovendien zijn ook verzekerden met hoge zorguitgaven in deze variant nog prijsgevoelig waar het de huisartsenzorg betreft. De uitgaven aan huisartsenzorg worden immers (gemiddeld) nooit extreem hoog, ook niet in de hoogste decielen. Hierdoor genereert deze variant een hoog gedragseffect. De financieringsverschuiving is in deze variant kleiner.

Bij deze vorm van eigen betalingen wordt het gedragseffect aanzienlijk groter dan de 120 mln euro uit het basismodel bij een eigen risico van 150 euro dat ook huisartsenzorg betreft. Bij alleen huisartsenzorg onder het eigen risico is het gedragseffect meer dan driemaal zo groot onder de veronderstellingen van het basismodel. De relatief prijsgevoelige uitgaven aan huisartsenzorg worden dan niet verdrongen door andere uitgaven. Het valt op dat het gedragseffect constant blijft bij een toename van het eigen risico in het basismodel; bij een eigen risico van 150 euro wordt al het maximale effect bereikt. In het model met een dalende elasticiteit geldt dat niet. Daar worden in lagere decielen hogere besparingen behaald dan in het basismodel en in hogere decielen lagere besparingen. Omdat in de lage decielen de kosten voor huisartsenzorg gering zijn, domineert de lagere besparing in hogere decielen uiteindelijk in deze variant. Daardoor is het gedragseffect aanzienlijk kleiner dan in het basismodel.

Tabel 3.4	Gedragseffect bij uitsluitend huisartsenzorg onder het eigen risico (in mln euro's)		
Eigen risico	Basismodel	Andere vorm vraagfunctie	Minder inzicht zorguitgaven rest van het jaar
150 euro	410	240	410
250 euro	410	250	410
600 euro	410	250	410

Bedragen afgerond op 10 mln euro.

Voor de berekening van deze variant is de eerder genoemde elasticiteit voor huisartsenzorg gebruikt. De resultaten moeten daarom wel met enige voorzichtigheid worden bekeken, want we hebben geen empirische informatie over Nederland voor een systeem waarin *alleen* de huisarts onder het eigen risico valt.[13] Een systeem waarin alleen voor de huisarts een eigen risico geldt, brengt bij de gegeven veronderstellingen met zich mee dat verzekerden ook in de hoogste decielen nog prijsgevoelig zijn wat betreft huisartsenzorg. Het gaat dan om verzekerden met hoge zorguitgaven die bij een algemeen eigen risico al lang het maximale bedrag overschreden zouden hebben. Het is mogelijk dat deze verzekerden in werkelijkheid minder prijsgevoelig zouden zijn, omdat zij voor hun gevoel minder de vrije keuze hebben in huisartsenbezoek (bijvoorbeeld controles na een ernstige ziekte).

Een systeem van alleen voor de huisarts een eigen risico heeft mogelijk effecten op de werking van het poortwachterssysteem.[14] Als zo'n systeem daadwerkelijk ingevoerd zou worden, zou nagedacht moeten worden hoe deze potentiële gevolgen kunnen worden ondervangen.

4 Prijsgevoeligheid GGZ

4.1 Huidige situatie in Nederland

Tot 2008 viel de extramurale GGZ onder de AWBZ en gold een eigen bijdrage per consult. Per 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de ZVW. Dit betreft de extramurale GGZ en het grootste deel van de intramurale GGZ korter dan een jaar voor het eerste jaar. Eerstelijns psychologische zorg is aan het ZVW-pakket toegevoegd voor maximaal 8 zittingen. Tegelijk met de overheveling vindt de overgang plaats naar een DBC-systeem. Voor de eerstelijnspsycholoog geldt dat niet: er is een tarief per consult dat de psychologen zelf mogen vaststellen (vaak rond de 80 euro) en er geldt een eigen bijdrage van 10 euro per consult. Voor de overige extramurale GGZ is de eigen bijdrage van 15,60 euro per consult in 2008 nog

[13] De gebruikte elasticiteit is gebaseerd op het gedrag van particulier verzekerden die een eigen risico hadden waar ook de huisarts onder viel.

[14] Verzekerden die denken een verwijzing nodig te hebben kunnen proberen meteen door te stromen naar de tweede lijn en de huisarts over te slaan. In het grijze gebied tussen spoedeisende hulp van de huisarts en bij de EHBO zouden mensen wellicht ook eerder geneigd zijn om naar het ziekenhuis te gaan.

gehandhaafd, hoewel deze niet goed past in de systematiek van DBC's.[15] Daarnaast valt de extramurale GGZ onder het eigen risico van 150 euro. Het is de bedoeling dat vanaf 2009 de systematiek wordt aangepast aan het DBC-systeem. In 2008 zal een structurele oplossing worden ontwikkeld.

Het overgrote deel van de DBC's in de GGZ is duurder dan 150 euro. Bij gebruik van alleen een GGZ-DBC overschrijden patiënten dus in het algemeen het maximale eigen risico.

4.2 Literatuur

Voor zover wij kunnen nagaan zijn voor Nederland geen prijselasticiteiten voor de GGZ bekend. In de VS is wel veel onderzoek gedaan naar de prijselasticiteit in de ambulante GGZ, zowel binnen het RAND-experiment als in andere onderzoeken uit dezelfde periode. Dit betekent dat veel onderzoek ongeveer 25 jaar geleden is gedaan; er zijn echter ook recentere onderzoeksresultaten. In Tabel 4.1 is een samenvatting te zien van de resultaten van RAND voor de GGZ. De kolom onder "zorggebruik in procenten" laat het effect zien op het gebruik van zorg van systemen waarin een bijbetaling van 95% geldt zonder maximaal bedrag (boven) en met maximaal bedrag (onder). De systemen met een maximaal bedrag zijn het meest relevant voor de Nederlandse situatie.[16] Daar blijkt dat het gebruik van GGZ bij een bijbetaling van 95% 43% is van het gebruik zonder bijbetaling. Voor andere extramurale zorg is het overgebleven gebruik hoger, namelijk 58%. In het rechterdeel van de tabel is te zien dat de boogelasticiteiten voor de GGZ hoger zijn dan voor extramurale fysieke zorg.[17] De extramurale GGZ was dus prijsgevoeliger dan de extramurale fysieke gezondheidszorg. Dit zelfde resultaat is gebleken uit andere onderzoeken uit dezelfde periode.[18]

[15] Binnen de DBC-systematiek is het immers niet nodig om afzonderlijke consulten bij te houden.

[16] Bij RAND werd in de meeste gevallen waar een maximum bedrag gold gebruik gemaakt van een grens van 5, 10 of 15% van het gezinsinkomen met een maximum van $ 1000.

[17] Elasticiteiten hebben normaal gesproken betrekking op het effect van een hele kleine verandering. Deze boogelasticiteiten laten het effect over een groter traject zien.

[18] Zie voor een overzicht Barry, C.L., R.G. Frank and T.G. McGuire, The costs of mental health parity: still an impediment?, Health affairs, Volume 25, Number 3, May/June 2006.

Tabel 4.1 Prijsgevoeligheid extramurale GGZ volgens Rand-experiment

	Zorggebruik bij 95% bijbetaling in procenten van volledig verzekerd gebruik	Boogelasticiteit	
Alleen bijbetaling		0-95%	25-95%
GGZ	26	0,59	0,79
Extramuraal medisch	49	0,34	0,31
Bijbetaling+ maximum bedrag			
GGZ	43	0,40	0,37
Extramuraal medisch	58	0,27	0,23

Bron: Newhouse et al. (1993), Table 4.26.

In 25 jaar zijn er echter wel grote veranderingen opgetreden in de GGZ in de VS. Ten eerste is de wijze van behandelen veranderd: de nadruk ligt meer op farmacotherapie en veel minder op psychotherapie. Ten tweede is managed care in de hele Amerikaanse zorg een veel grotere rol gaan spelen; dat geldt ook voor de GGZ. In de GGZ worden ook carve-outs belangrijker. Dit is een organisatievorm waarbij de GGZ-verzekering op een of andere wijze wordt gescheiden van de verzekering voor overige zorg. Dit kan op verschillende manieren vorm krijgen, waardoor verzekerden soms wel en soms niet kunnen kiezen tussen verschillende polissen voor de GGZ. Recenter onderzoek geeft een ander beeld van de prijselasticiteiten. Meyerhoefer en Zuvekas (2006)[19] vinden voor GGZ-consulten een lage prijselasticiteit (van -0.06) die ook lager is dan de elasticiteit voor fysieke consulten. Opmerkelijk is dat zij wel hoge prijselasticiteiten vinden voor geneesmiddelen, waarbij de elasticiteit voor GGZ-geneesmiddelen ruim 2x zo hoog is als voor andere geneesmiddelen (resp. -0,61 en -0,29). Deze verandering in resultaten kan te maken hebben met de wijzigingen die zijn opgetreden in de Amerikaanse GGZ. De auteurs wijzen er op dat hun elasticiteiten alleen geldig zijn voor een situatie van managed care.

Het is de vraag wat deze resultaten voor Nederland kunnen betekenen. De veranderingen in behandelwijze hebben zich ook in Nederland voorgedaan, maar de grote toepassing van managed care-technieken en carve-outs in de GGZ niet. Mogelijk zal de extramurale GGZ in Nederland toch redelijk prijsgevoelig zijn vergeleken bij andere vormen van zorg.

4.3 Mogelijk effect voor Nederland

Om een indruk te krijgen van een mogelijk gedragseffect zijn wat vingeroefeningen gedaan waarbij de prijselasticiteit voor de ambulante GGZ op –0,15 is gesteld. De resultaten moeten met grote voorzichtigheid worden bekeken, omdat we geen gedegen gegevens hebben over de verdeling van GGZ-uitgaven en de samenhang daarvan met de overige ZVW-uitgaven. Slechts

[19] Meyerhoefer, C.D. and S. Zuvekas, New estimates of the demand for physical and mental health treatment, Agency for Healthcare Research and Quality, Working Paper no. 06008, November 2006.

een beperkt deel van de bevolking maakt gebruik van de GGZ (ongeveer 5%).[20] Binnen de groep GGZ-gebruikers zijn de uitgaven zeer scheef verdeeld. De resultaten van de vingeroefeningen wijzen er op dat het gedragseffect van het eigen risico van 150 euro mogelijk wat groter is door overheveling van de GGZ naar de ZVW. Waarschijnlijk geldt dit niet als de huisarts onder het eigen risico valt; dan worden juist meer prijsgevoelige uitgaven aan huisartsenzorg verdrongen door GGZ-uitgaven.

Overigens is het feit dat de overgehevelde GGZ-uitgaven nu onder het eigen risico in de ZVW vallen, slechts een van de vele veranderingen die optreden in de GGZ. Hierboven is al genoemd dat een DBC-systeem wordt ingevoerd. Verder betekent de overheveling naar de ZVW dat de aansturing van de GGZ anders wordt. De zorgkantoren zijn hier niet langer verantwoordelijk voor; deze taak ligt nu bij de verzekeraars. Echter, in financiële zin dragen de verzekeraars in eerste instantie nog geen verantwoordelijkheid, aangezien de GGZ-uitgaven worden nagecalculeerd. Deze wijzigingen kunnen ook een effect hebben op het gebruik van GGZ-zorg, vooral via de invloed op het aanbod. Een wijziging in honoreringssystematiek kan grote gevolgen hebben. In de GGZ zal het empirisch heel moeilijk zijn om het effect van wijzigingen in eigen betalingen te onderscheiden van andere veranderingen die optreden.

5 Conclusie

Door de beschikbaarheid van nieuwe data en wijzigingen in het gebruikte model gaat het CPB nu uit van een lager gedragseffect in de huidige situatie dan eerder was berekend. Het verlagen van het bijbetalingspercentage is geen goede manier om het gedragseffect te verhogen. In het algemeen neemt hierdoor juist het gedragseffect af; echter, bij lage eigen risico's kan het gedragseffect zeer licht toenemen door de bijbetaling te verlagen van 100% naar een lager percentage. De toename is echter vrijwel verwaarloosbaar. Het gedragseffect neemt aanzienlijk toe (relatief gezien) door eigen betalingen voor de huisarts te introduceren, in het bijzonder bij een laag eigen risico. Ook door het eigen risico te verhogen neemt het gedragseffect relatief sterk toe.
Voor Nederland is er geen empirie over de prijsgevoeligheid van de extramurale GGZ. Op grond van de literatuur is het mogelijk dat deze zorgvorm relatief prijsgevoelig is. Dit was althans 25 jaar geleden in de VS het geval, waarbij niet duidelijk is welke invloed de veranderingen in de behandelwijze, die ook in Nederland zijn opgetreden, hierop voor Nederland hebben gehad. Mogelijk is het gedragseffect in de ZVW iets groter door de

[20] GGZ Nederland, Toenemende zorg, Sectorrapport 2003-2005, Amersfoort 2006.

overheveling van de curatieve GGZ. Dit zou waarschijnlijk niet gelden als de huisarts onder het eigen risico zou vallen.

Appendix A Sterke punten en onzekerheden van de analyse

Het gedragseffect is niet direct waar te nemen. Voor een inschatting van de omvang ervan zijn we deels aangewezen op berekeningen, die onvermijdelijk hun onzekerheden kennen. Om na te gaan hoe groot die onzekerheden zijn bij de huidige berekeningen is gevoeligheidsanalyse gedaan rond de modelveronderstellingen. Daarnaast zijn de betrouwbaarheid van de gebruikte data voor de zorguitgaven en de betrouwbaarheid van de gebruikte elasticiteiten van belang. We beschikken nu over meer recente en gedetailleerde gegevens over de verdeling van zorguitgaven dan bij eerdere berekeningen. Dit geeft een betere basis voor de analyse. Toch kleven er nog steeds onvolkomenheden aan de data. Zo ontbreekt 5% van de verzekerden in het gebruikte databestand van Vektis en zijn de gegevens over inschrijving bij de huisarts niet helemaal compleet. Verder kan met behulp van de elasticiteiten van Van Vliet (2004) rekening worden gehouden met verschillen in prijsgevoeligheid tussen de verschillende soorten zorg. Ook dit maakt de analyse meer gedegen. De analyse kent echter nog steeds een aantal belangrijke onzekerheden. Ten eerste is er onzekerheid over de prijsgevoeligheid van de zorguitgaven. De schattingen van Van Vliet zijn gebaseerd op gegevens voor particulier verzekerden die zelf een keuze voor een bepaald eigen risico hadden gemaakt. De Nederlandse populatie als geheel zal misschien anders reageren. Bovendien zijn de data waarop deze schattingen zijn gedaan al weer wat ouder, namelijk uit 1996. Ten tweede zijn veronderstellingen gemaakt over de vorm van de vraagfunctie. Deze veronderstellingen lijken plausibel, maar iedere veronderstelling brengt natuurlijk onzekerheid met zich mee. In Tabel 3.1 is te zien wat het effect van een andere veronderstelling op dit punt is. Ten derde is per 1 januari 2008 een deel van de GGZ overgeheveld naar de ZVW. Deze overheveling is van invloed op het werkelijke gedragseffect in de ZVW in 2008. We beschikken echter niet over een verdeling van GGZ-uitgaven over verzekerden en ook niet over een prijselasticiteit voor de GGZ voor Nederland. Daarom kunnen we het effect van de overheveling op het gedragseffect niet vaststellen. Hoogstens kunnen we met vingeroefeningen op dit punt wat inzicht krijgen. Ten vierde is in het basismodel verondersteld dat verzekerden die het eigen risico overschrijden, geen gedragseffect vertonen. Als we deze veronderstelling deels loslaten, vinden we een groter gedragseffect (zie Tabel 3.1). Ten vijfde hebben we geen directe gegevens over de behoefte van verzekerden aan zorg en de vraag naar zorg, alleen over de zorguitgaven op basis van het gebruik van zorg. Op deze uitgaven was in 2006 ook de no-claim van invloed. Voor het gebruik van huisartsenzorg heeft dit in beginsel geen invloed gehad, maar voor de meeste andere zorgvormen mogelijk wel. De behoefte aan zorg kan dus wat hoger zijn dan de vraag. Ook kan ook door aanbod-gerelateerde factoren de vraag afwijken van het gebruik. Om na te gaan in hoeverre het verschil tussen behoefte en vraag een rol kan spelen, is een dataset gecreëerd waarin de behoefte wordt teruggerekend uit het gebruikte model voor het effect van eigen

betalingen. Vervolgens kan op grond van de berekende behoefte het gedragseffect opnieuw worden bepaald. Het effect van een dergelijke exercitie is gering. De resultaten wijken maar weinig af van de standaardanalyses waarin wordt verondersteld dat het gebruik als proxy voor de behoefte kan worden gebruikt.

Al met al is er een redelijke mate van onzekerheid rond het berekende gedragseffect, zeker in relatieve zin. Als we naar absolute bedragen kijken, blijkt dat het gedragseffect in alle geanalyseerde gevallen bescheiden is bij een eigen risico van 150 of 250 euro zolang de uitgaven aan huisartsenzorg geen rol spelen.