

Centraal Planbureau

CPB Notitie | 1 november 2016

Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico

Op verzoek van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Centraal Planbureau

Centraal Planbureau
Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 80510
2508 GM Den Haag

T (088) 9846000
I www.cpb.nl

Contactpersonen
Rudy Douven
Lara Kranendonk
Minke Remmerswaal

Aan: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Datum: 1 november 2016
Betreft: Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico

Samenvatting

VWS heeft in een verzoek aan het CPB een aantal vragen gesteld over het vrijwillig eigen risico in de zorg. Het vrijwillig eigen risico is een eigen risico dat een verzekerde in Nederland bovenop het verplicht eigen risico kan kiezen. Alle volwassen verzekerden kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 of 500 euro, of *geen* vrijwillig eigen risico. In deze notitie onderzoekt het CPB het gedrag van verzekerden van 18 jaar en ouder en verzekeraars in de jaren 2006-2013 en trekt daarbij de volgende conclusies.

Steeds meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico in de zorg, en dit aantal is opgelopen van 5% van de volwassen populatie in 2006 tot 12% in 2016.

Over het algemeen kiezen meer mannen dan vrouwen, meer jongeren dan ouderen, meer hoge inkomens dan lage inkomens, meer hoogopgeleiden dan laagopgeleiden, en meer mensen met lage zorgkosten dan hoge zorgkosten voor een vrijwillig eigen risico.

Voor meer dan 80% van de verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro is dat ook financieel profijtelijk, dat wil zeggen dat de premiekorting die ze krijgen voor het vrijwillig eigen risico hoger is dan de extra eigen betalingen die ze moeten maken door het vrijwillig eigen risico. Voor verzekerden die kiezen voor lagere categorieën van het vrijwillig eigen risico is de keuze vaak minder financieel profijtelijk.

De keuze voor een vrijwillig eigen risico hoeft niet altijd rationeel te zijn. We hebben onderzocht of er mensen zijn die kiezen voor een vrijwillig eigen risico, terwijl die keuze voor hen op basis van hun zorggebruik van de afgelopen twee jaar niet financieel profijtelijk is geweest. Ongeveer 7% van de verzekerden die een vrijwillig eigen risico kiezen maakt zo een

keuze. Voor het merendeel van deze groep verzekerden was de keuze ook in het derde opeenvolgende jaar niet financieel profijtelijk. Dit gedrag kan verklaard worden door niet elk jaar bewust kiezen of door het feit dat mensen niet altijd rationele keuzes maken: mensen laten vaak eerdere gemaakte keuzes automatisch doorlopen ('status quo bias'). Echter, voor de jaren 2010-2013 neemt dit aandeel af, dus het lijkt erop dat verzekerden steeds bewustere keuzes maken.

Verzekeraars hielden van de jaren 2009 tot en met 2013 gemiddeld 330 euro per verzekerde meer over aan een verzekerde die *wel* koos voor een vrijwillig eigen risico dan een verzekerde die hier *niet* voor koos. Dit bedrag is geschat door het verschil te berekenen tussen de inkomsten en uitgaven van verzekeraars voor beide groepen verzekerden. Een eerste bron van inkomsten is dat verzekeraars ongeveer 425 euro per verzekerde meer overhielden bij de risicoverevening voor verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico vergeleken met verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico. Dit verschil komt door een zelfselectie-effect, dat wil zeggen verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico zijn relatief gezonde mensen die worden overgecompenseerd bij de risicoverevening, en door een extra remgeldeffect: door de keuze voor een hoger eigen risico worden deze verzekerden gestimuleerd minder zorg te gebruiken. De tweede bron van inkomsten voor verzekeraars is dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico - door het hogere eigen risico - ongeveer 70 euro meer uit eigen zak betalen dan wanneer ze geen vrijwillig eigen risico zouden hebben. Wat betreft de uitgaven, verzekeraars gaven een gemiddelde premiekorting van ongeveer 165 euro aan verzekerden voor hun keuze van een vrijwillig eigen risico.

Uit ons onderzoek volgt geen duidelijk bewijs dat in 2010-2013 het vrijwillig eigen risico de risicosolidariteit in het zorgstelsel heeft aangetast. Er zou hier wél sprake van zijn wanneer verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico meer gaan betalen om de premiekorting voor verzekerden *met* vrijwillig eigen risico te dekken. Verlies aan risicosolidariteit kan overigens gewenst zijn, wanneer men vindt dat gezonde verzekerden minder hoeven bij te dragen aan de totale zorgkosten, omdat ze ook minder zorg gebruiken. Rekening houdend met de onzekerheid rondom onze berekeningen vinden we geen duidelijk bewijs voor verlies aan risicosolidariteit door het vrijwillig eigen risico.

Een belangrijke reden voor dit resultaat is dat verzekeraars de inkomsten die ze overhouden uit de risicoverevening voor verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico niet gebruiken voor een hogere premiekorting. Nader onderzoek is nodig om na te gaan waarom verzekeraars dat niet doen. Ook is meer onderzoek nodig om na te gaan in hoeverre verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico anders reageren op een eigen risico dan verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico.

1 Onderzoeksvragen

VWS heeft in een verzoek aan het CPB een aantal vragen gesteld over het vrijwillig eigen risico in de zorg. De vragen van VWS hebben we hieronder samengevat in vier deelvragen:

1. Wie kiezen voor een vrijwillig eigen risico in de Zorgverzekeringwet?
Hierbij gaat het om de vraag in hoeverre groepen verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico afwijken van de gemiddelde populatie. De kenmerken die we beschouwen zijn (1) leeftijd, (2) geslacht, (3) inkomen, (4) opleidingsniveau, (5) zorggebruik, zoals gebruik van geneesmiddelen of ziekenhuisopname, en (6) zorgkosten in het verleden. We beschrijven verzekerden met vrijwillig eigen risico in sectie 3.

2. Voor hoeveel verzekerden was de keuze voor een vrijwillig eigen risico achteraf gezien financieel gunstig?
We gaan na voor hoeveel verzekerden het achteraf gezien financieel profijtelijk is geweest om wel of niet te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast bekijken we groepen verzekerden met hoge zorgkosten in het verleden. Voor hoeveel van deze verzekerden was de keuze voor een vrijwillig eigen risico achteraf gezien financieel profijtelijk. In sectie 4 wordt antwoord gegeven op deze vragen.

3. Verschilt het vereveningsresultaat bij de risicoverevening tussen verzekerden die wel of niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico?
Verzekeraars krijgen voor iedere verzekerde een bedrag uit de risicoverevening. Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de zorgkosten die een verzekerde maakt en bedrag dat verzekeraars voor verzekerden ontvangen uit de risicoverevening. In sectie 5 gaan we na of verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico ander vereveningsresultaten hebben dan verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico.

4. Hoe wordt de premiekorting bij verzekerden met een vrijwillig eigen risico gefinancierd?
Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico krijgen een premiekorting van de verzekeraar. Er zijn verschillende redenen voor deze premiekorting. Ten eerste leidt een hoger eigen risico tot hogere eigen betalingen van verzekerden. Ten tweede kunnen deze verzekerden een gunstiger vereveningsresultaat hebben. Ten derde, een hoger eigen risico kan ervoor zorgen dat consumenten minder zorg gaan consumeren (een remgeldeffect). In sectie 5 proberen we deze argumenten te kwantificeren en gaan we na wat de gevolgen zijn van het vrijwillig eigen risico voor de risicosolidariteit in de zorg.

2 Data

De data voor dit onderzoek zijn afkomstig van Vektis en Zorginstituut Nederland (ZiN). De datasets zijn aan elkaar gekoppeld door ZorgTTP. De Vektis-data bevatten gegevens van ongeveer 16 miljoen verzekerden in de acht opeenvolgende jaren 2006-2013. Deze data bevatten de kenmerken leeftijd, geslacht, zorgkosten, diagnose kostengroep (DKG), farmacie kostengroep (FKG) en de viercijferige postcode.

Op basis van deze viercijferige postcode zijn aanvullende gegevens gekoppeld over het huishoudensinkomen en het opleidingsniveau, beide afkomstig van het CBS. Deze gegevens zijn niet aanwezig voor alle jaren. Het gemiddelde huishoudinkomen per postcode is beschikbaar voor alle jaren behalve voor 2010 en 2011. Voor deze jaren hebben we 2009 als benadering gebruikt. Voor onze analyse gebruiken we alleen huishoudensinkomenskwintielen. Dat wil zeggen dat we de viercijferige postcodes indelen in vijf evenredige groepen waarbij de eerste groep of kwintiel de postcodes met het laagste huishoudensinkomen bevat en het vijfde kwintiel postcodes met de hoogste huishoudensinkomens. Voor opleidingsniveau beschikken we alleen over postcodedata van het jaar 2011. We gebruiken deze data ook voor de overige jaren 2008-2013, met andere woorden we veronderstellen dat het gemiddelde opleidingsniveau per postcodegebied constant blijft over de tijd. Vanwege deze imperfectie bestuderen we verschillen tussen hoog en laagopgeleide verzekerden via twee (extreme) groepen: verzekerden die wonen in (1) de 10% postcodegebieden met de hoogste percentage hoogopgeleiden, (2) de 10% postcodegebieden met de hoogste percentages laagopgeleiden.

Tijdens het schonen van de data zijn gegevens uit de dataset verwijderd van verzekerden jonger dan 18 jaar. Zij mogen geen vrijwillig eigen risico kiezen en vallen daarom buiten dit onderzoek. Verder zijn personen met geen of verkeerde gegevens verwijderd uit de dataset. De uiteindelijke dataset bevat gegevens van 12-14 miljoen individuen per jaar.

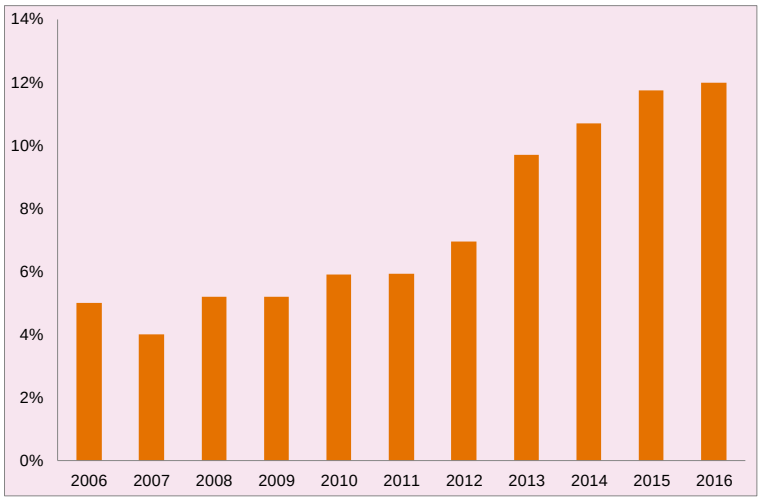
De ZiN-data betreffen de risicovereveningsdata. Voor de periode 2010-2014 betreft dit voor elke verzekerde het genormeerde bedrag dat verzekeraars ontvangen via de risicoverevening voor deze verzekerde.[1] De ZiN-data zijn vervolgens gekoppeld aan de opgeschoonde VEKTIS-data. Deze koppeling maakt het mogelijk om van iedere verzekerde de zorguitgaven te vergelijken met het normbedrag dat verzekeraars voor deze verzekerde ontvangen via de risicoverevening.

[1] De jaarlijkse normuitkeringen worden door ZiN regelmatig herijkt, bijvoorbeeld omdat er veranderingen plaatsvinden in verzekerdenbestanden of ex-post calculaties worden toegepast. Het kan dus een aantal jaren duren voordat de normuitkeringen definitief worden vastgesteld. De dataset van 2010 en 2011 betreft de definitieve vaststelling inclusief alle ex-post calculaties (dus ook macronacalculatie). De dataset van 2012 betreft de 2e voorlopige vaststelling en de dataset uit 2013 betreft de 1e voorlopige vaststelling 2013.

3 Keuze voor vrijwillig eigen risico

In Nederland kunnen verzekerden van 18 jaar of ouder kiezen om hun eigen risico in de Zorgverzekeringswet te verhogen met 100, 200, 300, 400 of 500 euro. Deze verhoging komt bovenop het verplicht eigen risico en de verzekerde krijgt in ruil hiervoor een premiekorting. Deze premiekorting is uniform. Dat wil zeggen dat elke verzekerde dezelfde premiekorting krijgt bij een bepaalde verzekeraar. Steeds meer mensen maken gebruik van deze optie; in 2006 koos 5% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico en 2016 deed 12% dat (zie figuur 3.1).

Figuur 3.1 Percentage (18+) verzekerden met een vrijwillig eigen risico



Bronnen: Vektis, 2007; Vektis, 2009; Vektis, 2016

In 2006 kozen de meeste verzekerden nog voor een vrijwillig eigen risico van 100 euro, maar sinds 2007 kiezen de meesten voor 500 euro. Het aantal verzekerden dat voor een vrijwillig eigen risico kiest van 500 euro is bovendien elk jaar gestegen. In 2016 koos 71% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor de maximale verhoging van 500 euro (figuur 3.1).

Een keuze voor een vrijwillig eigen risico is achteraf gezien financieel profijtelijk geweest voor een verzekerde als zijn of haar zorgkosten lager zijn dan het verplicht eigen risico plus de premiekorting. Tabel 3.1 beschrijft de hoogtes van het verplicht eigen risico en de gemiddelde premiekortingen behorende bij de vijf verschillende categorieën voor het vrijwillig eigen risico. In de tabel is te zien dat de premiekortingen toenemen over de jaren. Deze toename is groter voor een hogere categorie van het vrijwillig eigen risico. Bijvoorbeeld, bij een vrijwillig eigen risico van 100 euro steeg de premiekorting met 5% (van 42 euro in 2006 naar 44 euro in 2016) en bij een vrijwillig eigen risico van 500 euro steeg de premiekorting met 23% (van 186 euro in 2006 naar 228 euro in 2016).

Figuur 3.2 Verdeling keuze van verzekerden voor vrijwillig eigen risico



Bronnen: Vektis, 2006; Vektis, 2007; Vektis, 2010; Vektis, 2016.

De keuze voor een vrijwillig eigen risico maakt de verzekerde vooraf, zonder precies te weten wat zijn of haar gezondheidstoestand is en de zorgkosten in de toekomst zullen worden. De keuze voor een vrijwillig eigen risico neemt dus een bepaald risico met zich mee. Dit risico verschilt per persoon. Bijvoorbeeld, de keuze voor een vrijwillig eigen risico is anders voor een gezonde verzekerde dan voor een chronisch zieke, anders voor iemand die risicozoekend is dan voor iemand die liever risico's mijdt en anders voor iemand met een hoog inkomen dan een laag inkomen.

Voor het analyseren van de data kijken we naar beschrijvende statistieken.

Tabel 3.1 Gemiddelde jaarlijkse premiekorting voor vrijwillig eigen risico (VER)

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hoogte verplicht eigen risico (in euro)	255*	255*	150	155	165	170	220	350	360	375	385
Hoogte vrijwillig eigen risico (in euro)	Gemiddelde premiekorting bij hoogte vrijwillig eigen risico (in euro)										
100	42	44	41	42	44	44	45	45	46	45	44
200	80	85	84	84	86	86	87	88	90	89	86
300	117	123	121	121	126	127	129	131	133	132	126
400	152	162	163	162	166	168	174	175	178	176	169

*In 2006 en 2007 was er een no-claim, geen eigen risico. Bronnen: NZa, 2009; NZa, 2013; NZa, 2016a.

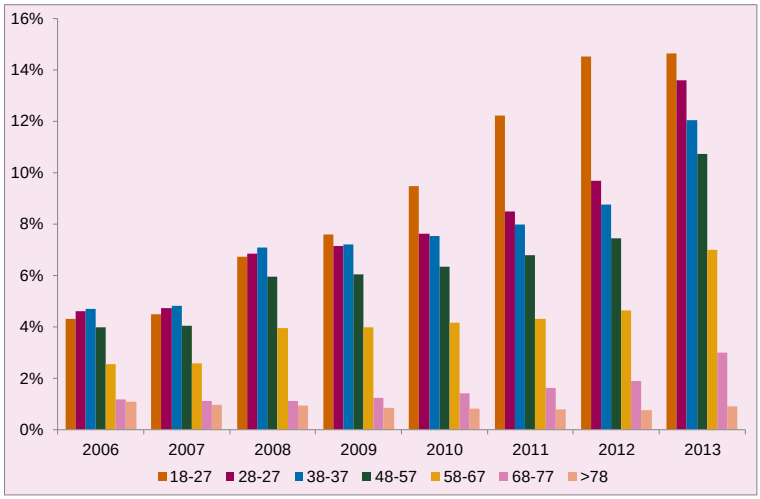
In volgende paragrafen onderzoeken we in hoeverre groepen verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico afwijken van de gemiddelde populatie. De kenmerken die we beschouwen zijn (1) leeftijd, (2) geslacht, (3) inkomen, (4) opleidingsniveau, (5) zorggebruik, zoals farmaciegebruik of ziekenhuisopname, en (6) zorgkosten in het verleden.

3.1 Leeftijd

Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico zijn gemiddeld jonger.
Figuur 3.3 laat zien dat het aantal volwassen verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico voor vrijwel alle leeftijdscategorieën toeneemt. De grootse toename betreft jongeren tussen 18-27 jaar, het aandeel met vrijwillig eigen risico steeg van 4% in 2006 naar 15% in 2013. Alleen voor ouderen die ouder zijn dan 78 jaar bleef het aandeel constant op ongeveer 1% per jaar.

Er zijn verschillende redenen voor het feit dat ouderen minder vaak kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Een belangrijke reden is dat ouderen gemiddeld genomen hogere zorgkosten hebben dan jongeren. Bijvoorbeeld, van de verzekerden jonger dan 48 jaar heeft gemiddeld 31-37% zorgkosten boven het verplicht eigen risico plus de premiekorting, terwijl dat bij de verzekerden ouder dan 58 jaar 59-83% is. Voor het merendeel van de laatstgenoemde groep is vrijwillig eigen risico dus niet financieel profijtelijk. Daarnaast kunnen ouderen ook meer risicoavers zijn dan jongeren en daarom minder vaak kiezen voor een vrijwillig eigen risico (Schellhorn, 2011).

Figuur 3.3 Verzekerden met vrijwillig eigen risico verdeeld over leeftijdscategorieën*



* De figuur geeft voor iedere leeftijdscategorie weer welk percentage van de populatie in die leeftijdscategorie kiest voor een vrijwillig eigen risico.

Figuur 3.4 lijkt op figuur 3.3, maar we vergelijken hier per leeftijdscategorie het aandeel dat kiest voor een vrijwillig eigen risico ten opzichte van de totale populatie. Bijvoorbeeld, als we kijken naar de eerste groep kolommen in figuur 3.4 dan blijkt dat in de totale populatie ongeveer 15% van de verzekerden tussen de 18-27 jaar is (zwarte horizontale gestreepte lijn). De kolommen stijgen boven de zwarte stippellijn uit en dat betekent dat in de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico het aandeel verzekerden tussen de 18-27 jaar groter is dan gemiddeld in de totale populatie. Ouderen (58 jaar en ouder) zijn juist ondervertegenwoordigd in de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico.

Figuur 3.4 Verzekerden met een vrijwillig eigen risico verdeeld over leeftijdscategorieën



* De zwarte horizontale gestreepte lijnen geeft het aandeel weer van de leeftijdscategorieën in de totale populatie over 2006-2013. De kolommen geven het aandeel weer van de leeftijdscategorieën in de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico.

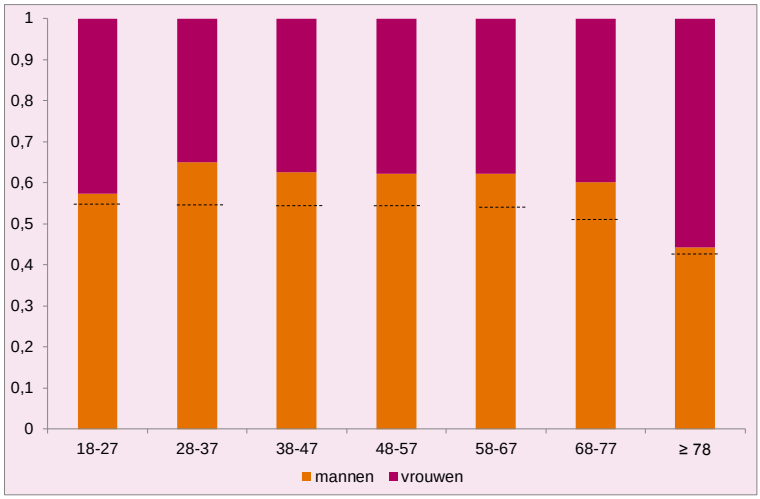
3.2 Geslacht

Mannen kiezen gemiddeld vaker voor een vrijwillig eigen risico dan vrouwen.

Figuur 3.5 laat zien dat van de mannen, tussen de 5 en 12% kiest voor een vrijwillig eigen risico. Meer mannen kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan vrouwen Het aantal mannen en vrouwen dat kiest voor een vrijwillig eigen risico neemt toe over de tijd maar de verhouding blijft vrij constant over de jaren heen.

In vergelijking met de totale populatie, waarbij de verhouding ongeveer 51% mannen en 49% vrouwen is, kiezen mannen dus vaker dan vrouwen voor een vrijwillig eigen risico. Dit patroon geldt voor alle leeftijdscategorieën (zie figuur 3.6).

Figuur 3.5 Mannen en vrouwen met vrijwillig eigen risico, per leeftijdscategorie*



*De kolommen geven het percentage mannelijke en vrouwelijke verzekerden met een vrijwillig eigen risico weer (gemiddeld over 2006-2013) in de verschillende leeftijdscategorieën. De verhouding in de totale populatie (gemiddeld over 2006-2013) is weergeven door de zwarte gestreepte lijnen

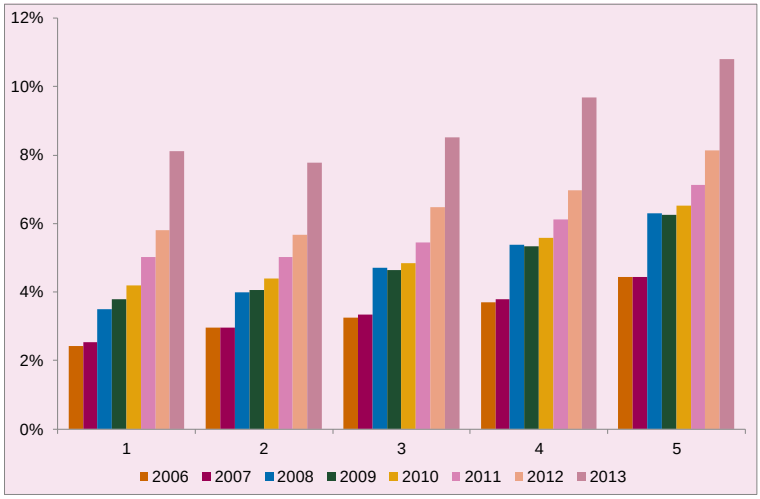
Een belangrijke reden dat vrouwen minder vaak kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan mannen is dat vrouwen vaker risicomijdend gedrag tonen dan mannen (Hartog et al. 2002). Daarnaast kunnen verschillen in zorgkosten ook een rol spelen. Tot hun 57e hebben vrouwen gemiddeld hogere zorgkosten dan mannen. Uit figuur 3.6 blijkt echter dat dit verschil in zorgkosten tussen mannen en vrouwen waarschijnlijk een beperkte rol speelt want ook na een leeftijd van 58 jaar blijven mannen vaker voor een vrijwillig eigen risico te kiezen dan vrouwen.

3.3 Inkomen

Verzekerden met een hoger huishoudensinkomen kiezen vaker voor een vrijwillig eigen risico dan verzekerden met een lager huishoudensinkomen.

Figuur 3.7 geeft het percentage verzekerden per huishoudensinkomenskwintiel weer dat kiest voor een vrijwillig eigen risico. Ten eerste laat de figuur zien dat het aantal verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico ieder jaar toeneemt voor elk huishoudensinkomenskwintiel. Ten tweede is er een duidelijk verband zichtbaar in figuur 3.7 tussen huishoudensinkomen en de keuze voor het vrijwillig eigen risico. De hoeveelheid mensen die kiezen voor een vrijwillig eigen risico neemt toe naarmate het huishoudinkomen toeneemt. Dit effect is vrij stabiel over de jaren. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat verzekerden met hogere inkomens makkelijker het risico op hoge zorgkosten kunnen nemen dan verzekerden met lage inkomens.

Figuur 3.6 Verzekerden met een vrijwillig eigen risico over huishoudensinkomenskwintielen.



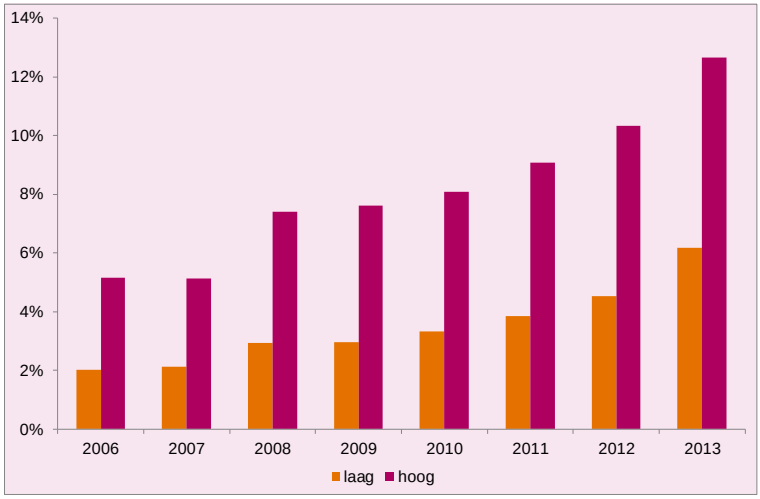
* Figuur geeft voor iedere huishoudensinkomenskwintiel weer welk percentage van de populatie in dat kwintiel kiest voor een vrijwillig eigen risico.

3.4 Opleiding

Hoogopgeleiden lijken vaker te kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan laagopgeleiden.

In deze paragraaf bestuderen we twee groepen verzekerden: (1) verzekerden die wonen in de 10% postcodegebieden met de hoogste percentage hoogopgeleiden, (2) de 10% postcodegebieden met de hoogste percentages laagopgeleiden. De twee groepen geven een benadering van het opleidingsniveau van verzekerden. Ongeveer 13% van totale populatie behoort tot groep (1), terwijl ongeveer 9% behoort tot groep 2. In figuur 3.8 is te zien dat laagopgeleiden minder vaak kiezen voor een vrijwillig eigen risico dan hoogopgeleiden en dat het aantal hoogopgeleiden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico per jaar toeneemt.

Figuur 3.7 Percentage hoog en laag opgeleide verzekerden met vrijwillig eigen risico*



*Figuur beschrijft percentage van de mensen die wonen in postcodes met een laag en hoog opleidingsniveau en die kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Concluderend kunnen we stellen dat laagopgeleiden minder vaak voor een vrijwillig eigen risico dan hoogopgeleiden. Er kunnen hiervoor meerdere verklaringen zijn. Allereerst zijn laagopgeleiden gemiddeld minder gezond dan hoogopgeleiden. Ze hebben gemiddeld hogere zorgkosten wat een vrijwillig eigen risico minder aantrekkelijk maakt. Bovendien kunnen lage inkomens het eigen risico mogelijk niet dragen (Van Winssen et al., 2015).

Ook kan een rol spelen dat laagopgeleiden meer risicomijdend zijn (Hartog et al., 2002). Daarnaast kunnen ze ook minder informatie en kennis hebben over het vrijwillig eigen risico dan hoogopgeleiden.

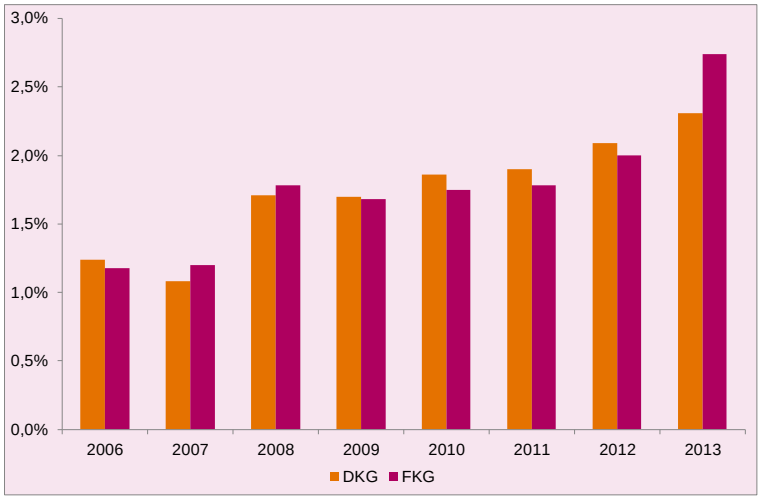
3.5 Zorggebruik

Verzekerden die langdurig gebruik maken van zorg en medicijnen, kiezen niet vaak voor een vrijwillig eigen risico.

De risicoverevening hanteert kenmerken van verzekerden die zorggebruik kunnen verklaren. Diagnose Kostengroepen (DKG's) en Farmacie Kostengroepen (FKG's) zijn twee van zulke kenmerken. Een verzekerde met een DKG- of FKG-indicatie heeft hoge verwachte ziektekosten of gebruikt chronisch medicatie. De indicaties berusten op ziekenhuisopname en geneesmiddelen gebruik in voorgaande jaren. Omdat deze verzekerden gemiddeld genomen hoge zorgkosten hebben is de verwachting dat weinig verzekerden zullen kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

Figuur 3.9 laat zien dat het percentage verzekerden met een DKG of FKG indicatie dat kiest voor een vrijwillig eigen risico laag is. Ongeveer 1 tot 3% van de verzekerden met een DKG- of FKG indicatie kiest voor een vrijwillig eigen risico. Het percentage verzekerden neemt licht toe over de tijd.

Figuur 3.8 Verzekerden met DKG- en FKG- indicatie die kiezen voor een vrijwillig eigen risico*



*Figuur beschrijft het percentage van de mensen met een FKG of DKG die kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

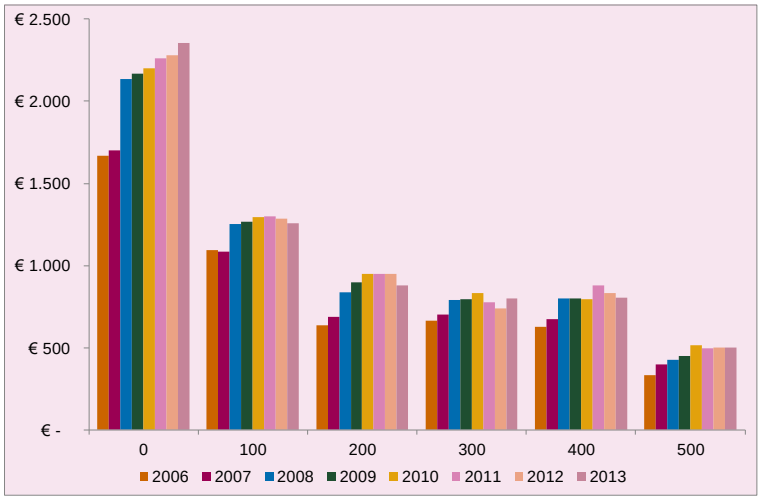
3.6 Zorgkosten

Hoe hoger de zorgkosten van een verzekerde (in het verleden), hoe lager de kans dat iemand kiest voor een vrijwillig eigen risico.

Voor een verzekerde met verwachte lage zorgkosten is een vrijwillig eigen risico aantrekkelijker dan voor verzekerde met hoge verwachte zorgkosten. De verwachting is dan ook dat de eerstgenoemde groep vaker zal kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

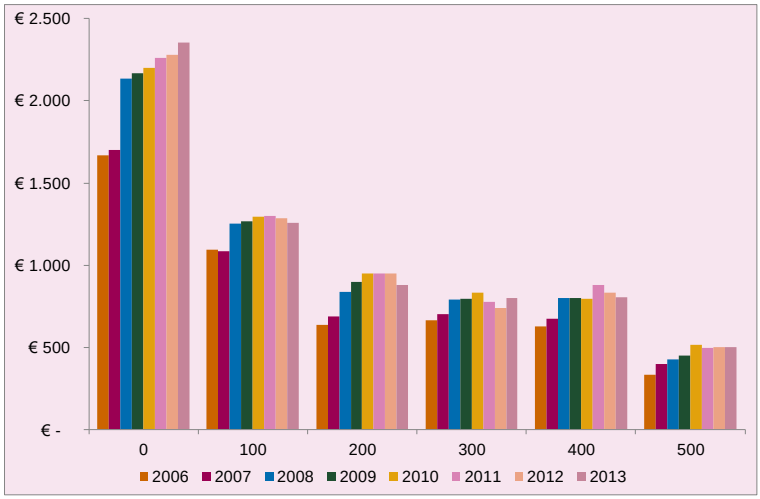
Figuren 3.10 en 3.11 laten de gemiddelde zorgkosten zien voor verschillende hoogtes van het vrijwillig eigen risico. Figuur 3.10 toont de zorgkosten voor het jaar waarin een verzekerde koos voor het vrijwillig eigen risico (*t*) en figuur 3.11 de gemiddelde zorgkosten in het jaar hieraan voorafgaand (*t-1*). Voor elke hoogte van het vrijwillig eigen risico (een vrijwillig eigen risico van 0 euro geldt voor verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico) en per jaar zijn de gemiddelde zorgkosten weergegeven. Het verband tussen de gemiddelde zorgkosten en de hoogte van het vrijwillig eigen risico is duidelijk zichtbaar in zowel figuur 3.10 als figuur 3.11: de gemiddelde zorgkosten nemen af naarmate het gekozen eigen risico hoger is. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 500 euro hebben tussen 2010 en 2013 gemiddeld 500 euro zorgkosten. Dit is aanzienlijk lager dan de gemiddelde zorgkosten van ongeveer 2300 euro voor verzekerden zonder vrijwillig eigen risico. In 2008 zien we voor bijna alle groepen een relatief sterke stijging van de gemiddelde kosten. Een mogelijke verklaring hiervoor is de overheveling van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar de Zorgverzekeringswet. Deze stijging is vooral aanwezig in de groepen met een laag vrijwillig eigen risico, en niet of nauwelijks aanwezig in de groep met een vrijwillig eigen risico van 500 euro.

Figuur 3.9 Gemiddelde zorgkosten (in euro) in jaar van keuze (t) voor vrijwillig eigen risico.*



* Dit betreft gemiddelde zorgkosten die onder het eigen risico vallen.

Figuur 3.10 Gemiddelde zorgkosten (in euro) in voorafgaand jaar (t-1) van keuze vrijwillig eigen risico.*



* Dit betreft gemiddelde zorgkosten die onder het eigen risico vallen. Deze figuur heeft een kolom minder dan figuur 3.10 omdat we geen informatie hebben over het jaar 2005.

4 Financieel (niet) profijtelijke keuzes

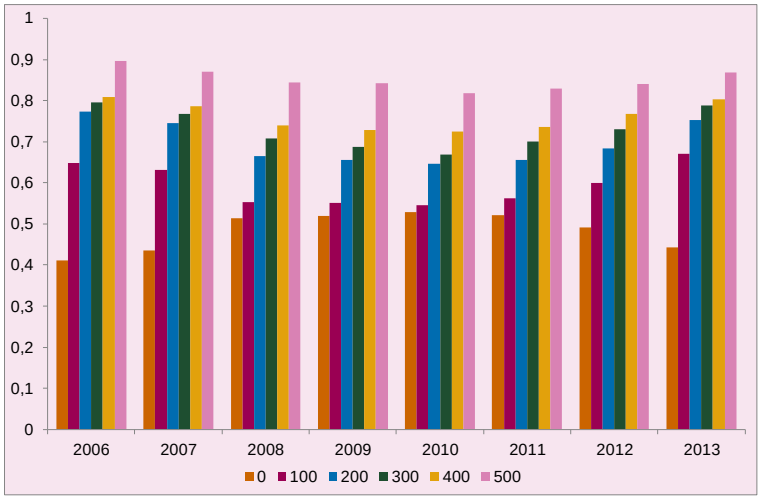
De keuze voor een vrijwillig eigen risico kan wel of niet achteraf financieel profijtelijk zijn voor een verzekerde. We definiëren (niet) profijtelijke keuzes als volgt:

Voor een verzekerde die wel kiest voor een vrijwillig eigen risico:
De keuze is (niet) financieel profijtelijk wanneer de zorgkosten van de verzekerde achteraf (hoger) lager uitvallen dan het verplicht eigen risico plus de gemiddelde premiekorting van het vrijwillig eigen risico (zie tabel 3.1).[2]

Voor verzekerde die niet kiest voor een vrijwillig eigen risico:
De keuze is (niet) financieel profijtelijk wanneer de zorgkosten van de verzekerde achteraf (lager) hoger uitvallen dan het verplicht eigen risico plus de korting behorende bij een vrijwillig eigen risico van 500 euro.

[2] Bijvoorbeeld in 2013 bedroeg het verplicht eigen risico 350 euro en was de gemiddelde premiekorting 230 euro bij een vrijwillig eigen risico van 500 euro. In dat geval is het verplicht eigen risico plus de gemiddelde premiekorting gelijk aan 350 + 230 = 580 euro.

Figuur 4.1 Aandeel verzekerden voor wie de keuze financieel profijtelijk was*



* Hoogte vrijwillig eigen risico loopt van 0 euro (keuze voor geen vrijwillig eigen risico), 100 tot 500 euro.

Uit figuur 4.1 volgt dat verzekerden die kozen voor het hoogste vrijwillig eigen risico het vaakst een financieel profijtelijk resultaat hadden. In alle jaren ligt had meer dan 80% en 90% van deze verzekerden een financieel profijtelijk resultaat. Dit suggereert zelfselectie: een groot deel van de verzekerden kunnen zelf goed schatten dat ze lage zorgkosten zullen hebben en kiezen daarom voor een hoog vrijwillig eigen risico. Het percentage verzekerden met een profijtelijk resultaat neemt af naarmate het vrijwillig eigen risico afneemt. Dit suggereert dat deze verzekerden andere kenmerken hebben dan verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro.

Van de verzekerden die *niet* kozen voor een vrijwillig eigen risico (oranje kolom in figuur 4.1) was het voor ongeveer de helft van de populatie achteraf gezien financieel gunstiger geweest wanneer ze voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro hadden gekozen. Deze observatie komt overeen met Van Winssen et al.,(2014), die stellen dat een vrijwillig eigen risico naar verwachting voor een aanzienlijk groter deel van de bevolking financieel profijtelijk is dan het percentage verzekerden dat daadwerkelijk hiervoor heeft gekozen.

Een (niet) financieel profijtelijk resultaat kan door toeval of pech komen. Het kan echter ook zo zijn dat een verzekerde privé informatie heeft en deze kan gebruiken om in te schatten of de keuze voor een vrijwillig eigen risico wel of niet financieel profijtelijk is. Bijvoorbeeld, voor chronisch zieken met hoge zorgkosten is de keuze voor een vrijwillig eigen risico zelden financieel profijtelijk. Voor verzekerden met hoge zorgkosten in het verleden is de kans ook groter dat zij weer hoge zorgkosten krijgen in de toekomst. Voor deze verzekerden is de kans dus ook groter dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico financieel niet profijtelijk is. Voor gezonde verzekerden met weinig zorgkosten is de kans beduidend groter dat de keuze voor een vrijwillig eigen risico financieel profijtelijk is.

4.1 Rationele keuzes

Uit de literatuur van de gedragseconomie blijkt dat mensen niet altijd rationeel kiezen of optimale keuzes maken. Er zijn verschillende gedragseconomische redenen die een rol spelen bij de keuze voor een vrijwillig eigen risico. Bijvoorbeeld keuzestress: omdát verzekerden te veel keuzes hebben, maken ze slechtere keuzes (Iyengar en Lepper, 2000). Daarnaast schatten verzekerden risico's vaak verkeerd in of maken ze inconsistente keuzes (Baicker et al., 2012). Beperkte kennis van de mogelijke opties van een vrijwillig eigen risico is ook een mogelijke verklaring (Reed et al., 2009). In de gedragseconomische literatuur wordt tenslotte 'status quo bias' of 'keuze inertie' als mogelijke verklaring genoemd. In veel situaties hebben consumenten de neiging tot 'niets doen' of een tendens om vast te houden aan eerdere keuzes (Samuelson en Zeckhauser, 1988).

We gaan na of verzekerden bij het vrijwillig eigen risico rationele keuzes maken. Daarvoor bekijken in het vervolg van deze paragraaf twee groepen verzekerden die beide twee opeenvolgende jaren hoge zorgkosten hadden, waardoor een vrijwillig eigen risico niet financieel profijtelijk was. Met hoge kosten bedoelen we hier zorgkosten die hoger waren dan het verplicht eigen risico plus de korting die verzekerden krijgen bij een maximaal vrijwillig eigen risico van 500 euro. De eerste groep (1) had *geen* vrijwillig eigen risico in de twee voorgaande jaren (*t*-1 en *t*-2) maar wel in jaar *t*, terwijl de verzekerden in de tweede groep (2) *wel* een vrijwillig eigen risico hadden in alle jaren. Beide groepen samen omvatten ongeveer 7% van alle verzekerden met een vrijwillig eigen risico.

De eerste groep bestaat uit verzekerden met hoge zorgkosten in *t*-1 en *t*-2 en *zonder* vrijwillig eigen risico in deze jaren. In jaar *t* besloten zij wel te kiezen voor een vrijwillig eigen risico (jaarlijks ongeveer 17.079 verzekerden in 2008 oplopend tot 46.858 verzekerden in 2013). Gemiddeld genomen vinden we dat voor 62% van deze verzekerden die in jaar *t* kozen voor een vrijwillig eigen risico dat deze keuze niet profijtelijk was. Ter vergelijking, voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico was voor ongeveer 25% deze keuze niet financieel profijtelijk (zie figuur 4.1). Het percentage verzekerden die een switch maakte en opnieuw hoge kosten hadden in jaar *t* nam af over de jaren; 84,4% in 2008 en 47,6% in 2013.[3] Dit lijkt er dus op te wijzen dat over de jaren heen verzekerden bewustere keuzes zijn gaan maken.

Beschrijvende statistieken laten zien dat de groep verzekerden waarvoor de keuze niet profijtelijk was een relatief hoog percentage verzekerden een DKG- of FKG-indicatie heeft: 13% heeft een DKG-indicatie en 43% een FKG-indicatie.

De tweede groep (groep 2) bestaat uit verzekerden met hoge zorgkosten én een vrijwillig eigen risico in *t*-1 en *t*-2. Voor deze verzekerden was het vrijwillig eigen risico twee jaar lang niet financieel profijtelijk en toch kozen ze in jaar *t* opnieuw voor een vrijwillig eigen risico. Het aantal verzekerden in groep 2 varieert tussen 36.956 verzekerden in 2008 en 84.779

[3] In absolute aantallen verzekerden is het verloop over de jaren 2008-2013: 14.423, 2.581, 3.889, 8.027, 7.970, 22.297.

verzekerden in 2013. Vervolgens is voor gemiddeld driekwart van de verzekerden het vrijwillig eigen risico niet profijtelijk. Dit percentage neemt ook af over de jaren; 84,3% in 2008 en 64,3% in 2013. Ook dit suggereert dat verzekerden bewustere keuzes zijn gaan maken. Het feit dat nog steeds relatief veel mensen ("ten onrechte") kiezen voor een voor een vrijwillig eigen risico kan worden verklaard door 'status quo bias' of keuze inertie: verzekerden blijven vaak zitten waar ze zitten omdat ze de transactiekosten te hoog vinden of omdat ze onkundig of onwetend zijn om hun keuze aan te passen.

Beschrijvende statistieken laten zien dat ook deze groep bestaat uit relatief veel verzekerden met een indicatie voor een DKG (19%) en FKG (54%).

5 Vereveningsresultaten

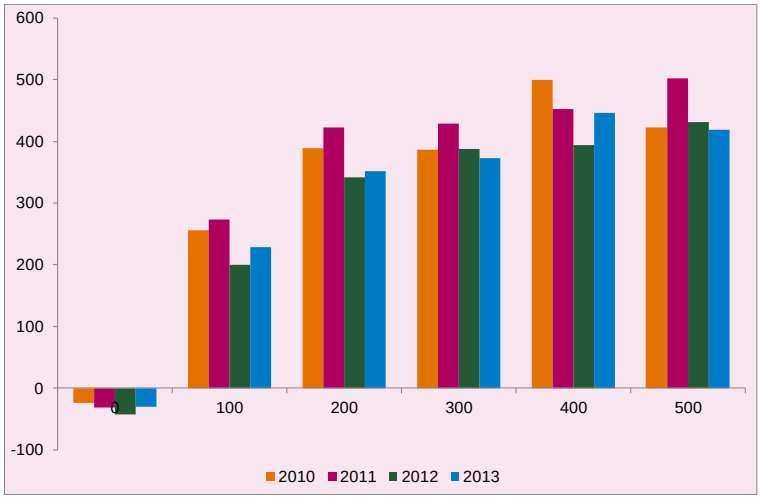
In deze en volgende paragrafen vergelijken we de vereveningresultaten van verschillende groepen verzekerden.[4] Het vereveningsresultaat van een verzekerde in een jaar *t* definiëren we als:

$$\textit{vereveningsresultaat}\ (t) = \textit{normuitkering}\ (t) - \textit{zorgkosten}\ (t)$$

De *normuitkering(t)* is het bedrag dat een verzekeraar ontvangt voor een verzekerde in een bepaald jaar *t* en de *zorgkosten(t)* zijn de zorgkosten die een verzekerde in jaar *t* maakt. Bij een positief vereveningsresultaat zijn de bedragen die een verzekeraar ontvangt via de normuitkering dus hoger dan de zorgkosten van een verzekerde. Met behulp van de data kunnen we het vereveningsresultaat voor iedere individuele verzekerde berekenen. De volgende stap is dat we vereveningsresultaten van groepen verzekerden met elkaar gaan vergelijken. De groepen die we vergelijken zijn groepen *met* en *zonder* een vrijwillig eigen risico. We beschouwen hier gemiddelde vereveningsresultaten, dat wil zeggen dat we de vereveningsresultaten delen door het aantal personen in de groep.

[4] Omdat we alleen over individuele normuitkeringen beschikken voor de periode 2010 tot en met 2013 beschouwen in deze en de volgende paragraaf alleen deze periode (zie ook paragraaf 2).

Figuur 5.1 Gemiddelde vereveningresultaten (Y-as, in euro) bij verschillende hoogtes vrijwillig eigen risico (X-as, in euro)



Figuur 5.1 laat het gemiddelde vereveningsresultaat zien van de groepen verzekerden per hoogte van het vrijwillig eigen risico, inclusief de verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico. De berekening is zo uitgevoerd dat de totale verschillen tot nul optellen.[5] We zien een klein negatief resultaat bij de groep 0 euro, de groep zonder een vrijwillig eigen risico. De overige vijf kolommen voor verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico, lopend van 100 tot en met 500 euro, laten allemaal positieve resultaten zien. Wanneer we het met verzekerdenaantallen gewogen gemiddelde nemen over alle eigen risicocategorieën en over alle jaren, dan vinden we dat het verschil in vereveningsresultaat tussen verzekerden met en zonder vrijwillig eigen risico ongeveer 425 euro bedraagt.[6]

In de literatuur van de gezondheidseconomie worden twee belangrijke verklaringen gegeven voor dit verschil. De eerste reden is zelfselectie. Vooral gezonde verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico (zie sectie 3.6). Dat er zelfselectie plaatsvindt, volgt uit het feit dat er grote verschillen in de gemiddelde zorgkosten tussen beide groepen zijn. Wanneer de risicoverevening perfect corrigeert voor deze verschillen tussen gezonde en minder gezonde verzekerden dan zal dat niet leiden tot een verschil in het vereveningsresultaat. Echter, de risicoverevening is imperfect, omdat het moeilijk is om de verwachte zorgkosten van een individu precies vast te stellen. Niet alle zorgkosten van een individu zijn te voorspellen met de

[5] Dit vergroot de vergelijkbaarheid van het vereveningsresultaat tussen verschillende jaren. In de berekening is gecorrigeerd voor het feit dat totale zorguitgaven kunnen afwijken van de totale normuitkeringen waarbij er gewogen is voor verzekerdenaantallen. Het is goed om op te merken dat het merendeel van de Nederlandse bevolking geen vrijwillig eigen risico kiest en dus in figuur 5.1 tot de nul categorie behoort. Zie ook tabel 3.1.

[6] Onze vereveningsresultaten komen overeen met een recent rapport van de NZa (2016b), maar ze rapporteren een lager verschil in vereveningsresultaat (350 euro). Er zijn verschillende verklaringen voor dit verschil. De NZa onderzocht de situatie op basis van ex-ante normuitkeringen, terwijl wij de gerealiseerde normuitkeringen hebben gebruikt. Daarnaast hanteert de NZa andere definities voor de kosten van zorg (de NZa neemt vaste kosten bijvoorbeeld niet mee) en de gemiddelde vereveningsresultaten (gemiddeldes worden door de NZa berekend aan de hand van verzekerdenjaren). Daarnaast berekent de NZa het landelijk gemiddelde resultaat over de hele bevolking terwijl wij in dit onderzoek alleen 18+'ers beschouwen. Ook is er een andere keuze gemaakt met betrekking tot het meenemen van verzekerden woonachtig in het buitenland (zo heeft de NZa verzekerden woonachtig in het buitenland niet meegenomen).

risico-indicatoren die gebruikt worden in de risicoverevening. Denk bijvoorbeeld aan twee personen die in dezelfde normcategorie vallen in de risicoverevening, maar de ene persoon heeft nooit zorgklachten en leeft gezond, terwijl de andere persoon slechte eet- en drinkgewoontes heeft of vaak op skivakantie gaat. Deze informatie is niet opgesloten in de risicoverevening. Wanneer verzekerden in dezelfde normcategorie deze privé informatie over hun eigen verwachte zorgkosten gebruiken bij hun keuze voor een vrijwillig eigen risico, kunnen er dus verschillen ontstaan in het vereveningsresultaat.

De tweede reden is het remgeldeffect. Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico hebben een hoger eigen risico en zullen naar verwachting daardoor minder zorg consumeren dan wanneer ze alleen een verplicht eigen risico hadden gehad (zie ook Remmerswaal et al. 2015).

Er vallen een aantal zaken op in figuur 5.1. Ten eerste dat de verschillen vrij constant blijven over de jaren. Dit suggereert dat de twee genoemde effecten, zelfselectie en remgeldeffect, waarschijnlijk ook vrij constant zijn gebleven over de jaren. Ten tweede, dat het grootste positieve resultaat geldt voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 500 euro en het kleinste positieve resultaat voor de vrijwillig eigen risico categorie 100 euro. Het duidelijk kleinere positieve resultaat voor de verzekerden in de 100 euro-categorie suggereert dat deze verzekerden andere kenmerken hebben dan de verzekerden in de andere categorieën.

6 Vrijwillig eigen risico: perspectief van verzekeraar, patiënt en overheid

In deze sectie beschouwen we de gevolgen van de keuze voor een vrijwillig eigen risico vanuit verschillende perspectieven. Het perspectief van de verzekeraar, de consument en de overheid.

6.1 Verzekeraarsperspectief

Verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico krijgen een premiekorting van de verzekeraar. De hoogte van de uniforme premiekorting die de verzekeraar aan iedere verzekerde geeft hangt af van twee factoren: [7]

1. Het vereveningsresultaat van de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Hoe positiever het vereveningsresultaat, hoe meer korting de verzekeraars aan verzekerden kunnen geven (zie figuur 5.1). Zoals eerder genoemd vinden we een verschil in vereveningsresultaat tussen verzekerden *met* en *zonder* vrijwillig eigen risico van ongeveer

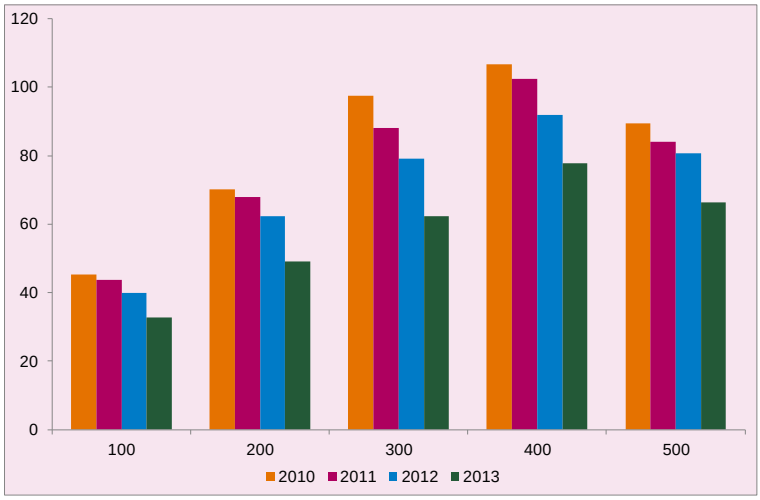
[7] Zie ook Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet. (2008). en Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet. (2007).

425 euro. Dit verschil kan worden verklaard door twee gedragseffecten van verzekerden: zelfselectie en minder consumptie van zorg.

2. De extra eigen betalingen door de het hogere eigen risico. Hoe hoger de eigen betalingen, hoe hoger de korting de verzekeraar kan geven. Bijvoorbeeld veronderstel het extreme geval dat alleen verzekerden met zorgkosten groter dan 850 euro (in 2013) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In dat geval hebben al deze verzekerden extra eigen betalingen van 500 euro. De verzekeraar kan dan in principe ook een korting geven van 500 euro aan deze verzekerden. Zo extreem is het natuurlijk niet omdat vooral gezonde verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. In de praktijk is de premiekorting daardoor een stuk lager (tabel 3.1).

Figuur 6.1 geeft een inschatting van de gemiddelde extra eigen betalingen van verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico.[8] Het gewogen gemiddelde van alle extra eigen betalingen over 2010-2013 is ongeveer 70 euro. De eigen betalingen lopen op met de hoogte van het vrijwillig eigen risico. Alleen voor het hoogste vrijwillig eigen van 500 euro zijn de eigen betalingen iets lager dan voor het vrijwillig eigen van 400 euro. Dit komt overeen met Figuur 3.9 die laat zien dat verzekerden uit de hoogste vrijwillig eigen categorie van 500 euro minder zorgkosten hebben. Een ander verband is de afname van de eigen betalingen over de jaren. Een reden hiervoor is waarschijnlijk gelegen in het oplopende verplicht eigen risico. De eigen betalingen voor het vrijwillig eigen risico nemen dan af omdat meer eigen betalingen onder het verplicht eigen risico vallen. Deze argumentatie wordt bevestigd door het feit dat we de sterkste afname van de eigen betalingen zien van 2012 naar 2013, toen het verplichte eigen risico het meeste toenam, van 220 euro naar 350 euro.

Figuur 6.1 **Extra gemiddelde eigen betalingen (Y-as, in euro) bovenop verplicht eigen risico voor de vijf categorieën van het vrijwillige eigen risico (X-as, in euro)**



[8] De bedragen zijn berekend door voor iedere verzekerde de eigen betalingen te berekenen over de zorgkosten die boven het verplicht eigen risico uitstijgen.

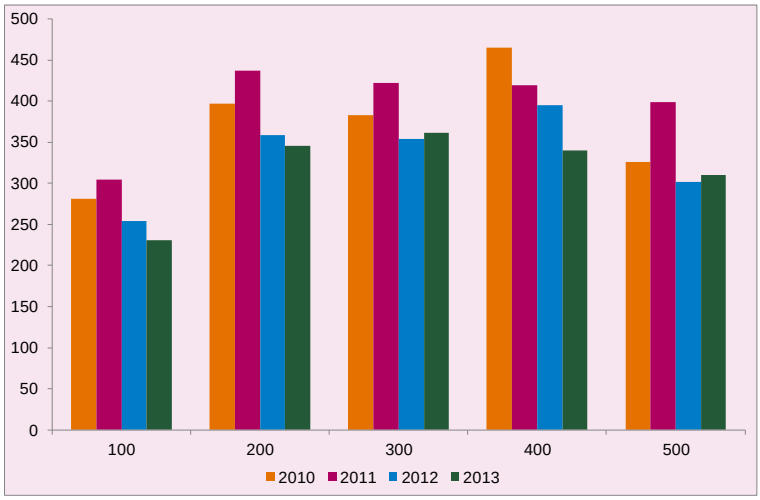
Merk op dat de afname van de eigen betalingen voor een vrijwillig eigen risico zou kunnen leiden tot lagere premiekortingen door verzekeraars. Uit tabel 3.1 volgt echter dat de gemiddelde premiekortingen iets oplopen over de tijd, hoewel de gemiddelde premiekorting weer iets terugloopt in 2016. Het gewogen gemiddelde van de premiekorting voor een vrijwillig eigen risico over alle categorieën en de vier de jaren bedraagt ongeveer 165 euro.

Er kunnen allerlei andere effecten een rol spelen bij de premiekorting die we niet meenemen in onze berekening. Zo kan zelfselectie een rol spelen bij de keuze van de (basis)pakketten die verzekerden met een vrijwillig eigen risico kiezen. Deze verzekerden kunnen vaker kiezen voor een goedkopere budgetpolis of een naturapolis in plaats van een duurdere restitutiepolis. Uit nadere afstemming met de NZa blijkt dat er gedurende 2009-2013 inderdaad verschillen zijn, maar dat de gemiddelde bedragen klein zijn.[9] De mate van concurrentie op de verzekeringsmarkt om verzekerden met een vrijwillig eigen risico aan te trekken kan ook een rol spelen. Wanneer deze verzekerden hun keuze vooral baseren op de hoogste premiekorting in de markt dan kan dit leiden tot hogere premiekortingen voor een vrijwillig eigen risico. Ook kan een vrijwillig eigen risico extra administratiekosten met zich meebrengen wat weer kan leiden tot lagere premiekortingen. We laten deze mogelijke effecten in de berekening buiten beschouwing. Hierdoor is er sprake van een onzekerheidsmarge.

Bovenstaande argumenten maken het lastig om de precieze reden voor de hoogte van de premiekorting te analyseren. Wat wel mogelijk is met onze data, is een ruwe inschatting maken van de eerste twee bovengenoemde factoren. Die inschatting geeft een beeld van de aantrekkelijkheid van verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor verzekeraars (en of verzekeraars meer of minder overhouden aan een verzekerde met een vrijwillig eigen risico dan aan een verzekerde zonder een vrijwillig eigen risico). Figuur 6.2 geeft het verschil in mark-ups voor verzekeraars aan tussen groepen verzekerden met een vrijwillig eigen risico ten opzichte van de groep verzekerden zonder vrijwillig eigen risico.

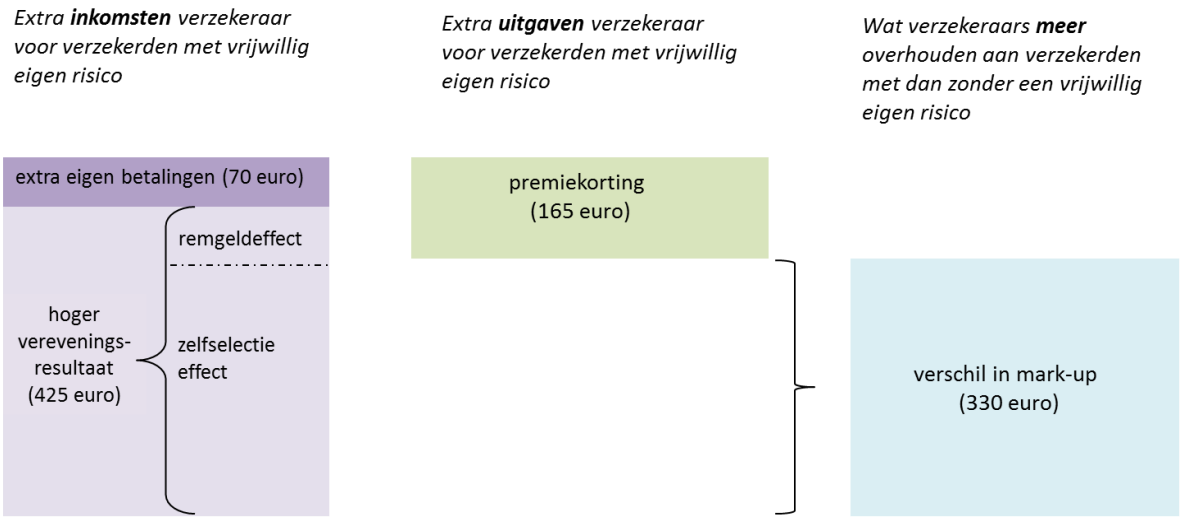
[9] De resultaten lagen rond ±30 euro. We danken NZa voor het maken van een inschatting van deze effecten.

Figuur 6.2 Verschil in mark-ups (Y-as, in euro) tussen groepen verzekerden met een vrijwillig eigen risico en opzichte van de groep verzekerden zonder een vrijwillig eigen risico (X-as, in euro)



Onder een mark-up verstaan we wat een verzekeraar overhoudt aan een verzekerde na aftrek van alle zorgkosten, premiekortingen en eigen betalingen. De mark-up bestaat uit uitvoerings- en administratiekosten en eventuele winst. Voor het gemiddelde jaarlijks verschil in mark-up (gewogen met verzekerdenaantallen) tussen alle verzekerden met een vrijwillig en zonder vrijwillig eigen risico vinden we 335 euro in 2010, 390 euro in 2011, 305 euro in 2012 en 305 euro in 2013. Het gewogen gemiddelde over alle vier de jaren geeft een verschil in mark-up van 330 euro.

Figuur 6.3 Verklaring van verschil in mark-ups tussen groepen verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico ten opzichte van de groep verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico



Wanneer we naar het gemiddelde kijken over de 2010-2013 dan laat figuur 6.3 zien hoe dit *verschil* in mark-up tussen verzekerden *met* en *zonder* een vrijwillig eigen risico van 330 euro is opgebouwd.

Merk op dat dit verschil in mark-ups niets zegt over de gemiddelde mark-up van verzekeraars per verzekerde in de markt. De gemiddelde mark-up per verzekerde in de markt wordt berekend over alle verzekerden in de markt en is veel lager omdat de mark-up voor verzekerden zonder eigen risico veel lager liggen. De mark-ups voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico kunnen zo hoog zijn omdat er maar een klein percentage van de verzekerden kiest voor een vrijwillig eigen risico.

De berekening laat vooral zien dat verzekeraars meer geld overhouden aan verzekerden *met* dan *zonder* een vrijwillig eigen risico. Verzekeraars hadden dus in principe (veel) hogere premiekortingen kunnen geven aan verzekerden met een vrijwillig eigen risico. Er kunnen verschillende redenen voor zijn dat verzekeraars dit niet doen. Het geven van hogere premiekortingen hoeft niet altijd winstgevend te zijn voor verzekeraars. Bijvoorbeeld, een hogere premiekorting kan leiden tot het aantrekken van verzekerden met een minder gunstig vereveningsresultaat. Ook kan het leiden tot minder winsten voor verzekeraars wanneer een hogere korting niet leidt tot het aantrekken van meer verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De hoge mark-up kan ook betekenen dat er onvoldoende concurrentie is tussen verzekeraars op de markt voor een vrijwillig eigen risico. Het vergt nader onderzoek om na te gaan waarom verzekeraars geen hogere premiekorting geven.

6.2 Verzekerdenperspectief

Bij het perspectief van de verzekerde beschouwen we het keuzeproces van de individuele verzekerde. De keuze voor een vrijwillig eigen risico zal afhangen van verschillende afwegingen, zoals we in paragraaf 5 al hebben gezien. Voor een verzekerde die zijn eigen nut wil maximaliseren zal de korting hoger moeten zijn dan de verwachte eigen betalingen, risicotoeslag en mogelijke lagere consumptie van zorg.

De hoogte van de premiekorting speelt een belangrijke rol. In het huidige stelsel is de premiekorting van het vrijwillig eigen risico uniform voor alle verzekerden bij dezelfde verzekeraar. Daardoor zullen vooral verzekerden met verwachte lage zorgkosten kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit zou anders zijn bij een gedifferentieerde premiekorting. Dan zou het vrijwillig eigen risico aantrekkelijker kunnen worden voor verzekerden met hogere verwachte kosten, omdat zij een hogere premiekorting krijgen.

Ook risicotoeslag speelt een rol. Wanneer een verzekerd persoon risicomijdend is dan zal de korting ook groot genoeg moeten zijn om het verlies aan nut te compenseren van het extra financieel risico dat de verzekerde gaat lopen.

Daarnaast wil de verzekerde mogelijk extra premiekorting, om te compenseren voor het feit dat er meer betaald moet worden voor zorg. Bijvoorbeeld, wanneer een persoon een onprettig gevoel heeft dan zal een persoon met een laag eigen risico een arts sneller bezoeken dan een

persoon met een hoog eigen risico. Deze laatste zal wellicht nog een dag willen wachten alvorens een arts te bezoeken.[10]

6.3 Overheidsperspectief

Vanuit het perspectief van de overheid kan het gewenst zijn dat het vrijwillig eigen risico keuzevrijheid geeft aan verzekerden en gezonde verzekerden de mogelijkheid biedt om minder te betalen voor de zorg dan relatief ongezonde verzekerden. Bovendien kan een vrijwillig eigen risico zorggebruik remmen en daardoor leiden tot minder totale zorguitgaven. Echter, dit kan ook ongewenst zijn als dit leidt tot minder risicosolidariteit tussen gezonde en ongezonde verzekerden (zie ook Wouterse et al., 2016).

Een belangrijke vraag voor de overheid is daarom of door het vrijwillig eigen risico verschuivingen plaatsvinden van de financiering van de basisverzekering van verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico naar verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico (of vice versa).

Het geven van een precies antwoord op deze vraag is lastig, omdat er veel onzekerheden zijn. De totale remgeldeffecten zijn bijvoorbeeld onzeker en moeilijk te berekenen.
Verder spelen ook nog andere onzekerheden een rol (zie paragraaf 6.1.), zoals hogere administratiekosten of dat mensen kiezen voor andere polissen bij een vrijwillig eigen risico.

Om toch een inzicht te krijgen in het effect van het vrijwillig eigen risico op de risicosolidariteit onderscheiden wij drie mogelijke scenario's met betrekking tot de verzekerden met een vrijwillig eigen risico in ieder jaar *t* in 2010-2013:

Scenario 1. *totale premiekorting(t) > totale extra eigen betalingen(t) + totale remgelden (t)*
Het totale remeffect en de eigen betalingen als gevolg van het vrijwillig eigen risico zijn niet genoeg om de premiekorting te dekken. Verzekerden *zonder* vrijwillig eigen risico financieren de premiekorting van verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico. Dat betekent dat er door het vrijwillig eigen risico financiële verschuivingen plaatsvinden van ongezonde verzekerden naar gezonde verzekerden.

Scenario 2. *totale premiekorting(t) < totale extra eigen betalingen(t) + totale remgelden (t)*
Het totale remeffect en de eigen betalingen als gevolg van het vrijwillig eigen risico zijn hoger dan de premiekorting. Dat betekent dat er financiële verschuiving plaatsvindt van verzekerden *met* vrijwillig eigen risico naar verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico. Oftewel een financiële verschuiving van gezonde verzekerden naar ongezonde verzekerden.

[10] Merk op dat we hier geen uitspraken doen over welvaartseffecten. Wachten kan de welvaart verhogen wanneer het onprettige gevoel vanzelf verdwijnt. Wachten kan echter ook leiden tot verlies van welvaart wanneer een directe ingreep noodzakelijk is.

Scenario 3. *totale premiekorting(t) = totale extra eigen betalingen(t) – totale remgelden (t)*
Verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico financieren precies hun eigen premiekorting. In dit geval is het zelfselectie-effect precies gelijk aan het verschil in mark-ups tussen verzekerden *met* en *zonder* vrijwillig eigen risico (zie figuur 6.3). Er is dan geen sprake van aantasting van de risicosolidariteit.

Het is empirisch lastig om te bepalen welke van de drie scenario's het meest waarschijnlijke is in de Zvw. De *totale premiekorting(t)* was 165 euro en de *totale extra eigen betalingen(t)* 70 euro (zie figuur 6.3). Dit resulteert in de vraag of de *totale remgelden(t)* plus de hierboven genoemde onzekerheden hoger of lager zijn dan 95 euro.[11]

Om een beter idee te krijgen over welke van de drie scenario's het meest waarschijnlijk is geven we de volgende illustratie. We kunnen bijvoorbeeld veronderstellen dat de *totale remgelden(t)* van dezelfde orde van grootte zijn als het gemiddelde remgeldeffect bij het verplicht eigen risico. In Zorgkeuzes in Kaart (2015) wordt gerekend met een gemiddeld remgeldeffect van ongeveer 50 euro per verzekerde bij een verplicht eigen risico van 405 euro. Het extra remeffect door het vrijwillig eigen risico zou ook ergens in deze orde van grootte kunnen liggen, hoewel een groter of kleiner remeffect dan 50 euro ook kan optreden omdat verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico gemiddeld anders zijn dan verzekerden die niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Als we uitgaan van een remeffect voor het vrijwillig eigen risico van 50 euro per persoon, en bovendien aannemen dat er geen overige onzekerheden zijn, dan resteert een verschil van 45 euro per verzekerde met een vrijwillig eigen risico. In dat geval vindt er jaarlijks een verschuiving plaats van ongeveer 5 euro per verzekerde *zonder* een vrijwillig eigen risico naar verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico.[12] Of op macroniveau, een verschuiving van ongeveer 60 miljoen euro van verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico naar verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico. Het gaat hier dus om relatief kleine bedragen vergeleken met de totale zorgkosten in de Zvw van meer dan 40 miljard euro. Bovendien zitten rondom deze illustratie aanzienlijke onzekerheidsmarges die ervoor kunnen zorgen dat het uiteindelijke bedrag sterk afwijkt van bovenstaande berekening.

Op basis van bovenstaande illustratie en de onzekerheidsmarges trekken we de conclusie dat scenario 1 waarschijnlijker is dan scenario 2, maar dat we scenario 3 zeker niet kunnen verwerpen. Er is dus geen sprake van een duidelijke aantasting van de risicosolidariteit.

Dit resultaat is vooral te danken aan het feit dat verzekeraars de hogere mark-up van 330 euro voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico (zie figuur 6.3) niet gebruiken voor een hogere premiekorting. Bij een hogere premiekorting zou de mogelijkheid van scenario 1 meer aan gewicht winnen. Nader onderzoek is nodig om na te gaan waarom verzekeraars dat niet doen.

[11] Dit betreft de *totale remgelden(t)* bij een gemiddeld vrijwillig eigen risico van 370 euro. De 370 euro is het gewogen gemiddelde van de gekozen vrijwillig eigen risico's over de jaren 2010-2013.
[12] Als we veronderstellen dat 10% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico heeft dan moet de 45 euro per verzekerde *met* een vrijwillig eigen risico opgebracht worden door 90% van de verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico.

Ook is meer onderzoek nodig om na te gaan in hoeverre verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico anders reageren op een eigen risico dan verzekerden *zonder* een vrijwillig eigen risico.

Referenties

Baicker, K., W.J. Congdon, en S. Mullainathan, 2012. Health Insurance Coverage and Take-Up: Lessons from Behavioral Economics. *Milbank Quarterly*, vol. 90(1): 107-134.

Hartog, J., A. Ferrer-i-Carbonell en N. Jonker, 2002. Linking measured risk aversion to individual characteristics, *Kyklos*, vol. 55(1): 3-26.

Iyengar, S.S., en M.R. Lepper, 2000, When choice is demotivating: Can one desire too much of a good thing? *Journal of personality and social psychology*, vol. 79(6): 995.

Zorgkeuzes in Kaart, 2015, Centraal Planbureau, Den Haag.

Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2007. Does risk equalization reduce the viability of voluntary deductibles?, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, vol. 7: 43-58.

Kleef, R.C. van, K. Beck, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2008. Risk equalization and voluntary deductibles: a complex interaction, *Journal of Health Economics*, vol. 27: 427-443

NZa, 2009, Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2013, Marktscan en beleidsbrief Zorgverzekeringsmarkt, Weergave van de markt 2009-2013, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2015, Marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2015, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2016a, Marktscan van de zorgverzekeringsmarkt 2016, Nederlandse Zorgautoriteit.

NZa, 2016b, Kwantitatief onderzoek naar risicosolidariteit en risicoselectie op de zorgverzekeringsmarkt, Nederlandse Zorgautoriteit.

Samuelson, W., en R. Zeckhauser, 1988. Status quo bias in decision making. *Journal of risk and uncertainty*, 1(1), 7-59.

Schellhorn, M., 2001, The effect of variable health insurance deductibles on the demand for physician visits, *Health Economics*, vol. 10(5): 441-56.

Reed, M., V. Fung, M. Price, R. Brand, N. Benedetti, S.F. Derose en J. Hsu, 2009, High-deductible health insurance plans: efforts to sharpen a blunt instrument, *Health Affairs*, vol. 28(4): 1145-1154.

Remmerswaal, M., R. Douven en P. Besseling, 2015. Toelichting op de effecten van eigen betalingen in de zorg, CPB Achtergronddocument, 31 maart 2015.

Vektis, 2006, Verzekerden mobiliteit en keuzegedrag. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Vektis, 2006, Verzekerden mobiliteit en keuzegedrag. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Vektis, 2007, Verzekerden mobiliteit en keuzegedrag. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Vektis, 2009, Verzekerden mobiliteit en keuzegedrag. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Vektis, 2010, Verzekerden in beweging. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Vektis , 2016, Verzekerden in beeld. Geraadpleegd op 31 augustus 2016 via http://www.vektis.nl

Wouterse, B., H. ter Rele en D. van Vuuren, 2016, Financiering van de zorg op de lange termijn CPB Policy Brief 2016/10, 27 oktober 2016.

Winssen, K.P.M. van, R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven, 2016, Potential determinants of deductible uptake in health insurance: How to increase uptake in The Netherlands? *The European Journal of Health Economics*, vol.17:1059-1072.

Winssen, K.P.M. van, R.C. van Kleef en W.P.M.M. van de Ven, 2014. Vrijwillig eigen risico profijtelijker dan gedacht, *Economische Statistische Berichten,* vol. 99 (4696): 658-661.

Bijlage

Wanneer een verzekeraar een premie stelt voor de basisverzekering met een vrijwillig eigen risico van 0 (groep "*ver* 0") geldt de volgende vergelijking:

inkomsten verzekeraar = zorguitgaven verzekeraar plus mark-up

$$P_{ver\,0} + (N_{ver\,0} - RP) = E(Z_{ver\,0}) + M_{ver\,0} \qquad (1)$$

De inkomsten van een verzekeraar bestaan uit:

- $P_{ver\,0}$: is de premie voor de basisverzekering zonder vrijwillig eigen risico (*ver 0*).
- $N_{ver\,0}$: is de gemiddelde normuitkering per verzekerde zonder een vrijwillig eigen risico (ver 0) die een verzekeraar krijgt uit het risicovereveningsfonds. De hoogte van de normuitkering wordt per verzekerde bepaald en komt overeen met de verwachte zorguitgaven van een verzekerde. Voor een verzekeraar met een relatief gezonde populatie is de gemiddelde normuitkering lager dan voor een relatief ongezonde populatie.
- *RP*: is de rekenpremie die de overheid elk jaar bepaalt. De hoogte van de rekenpremie is zo bepaald dat 50% van de zorguitgaven gefinancierd worden via de premie-inkomsten en 50% via de inkomensafhankelijke bijdragen. De rekenpremie is voor iedere verzekerde gelijk. In de rekenpremie is verwerkt dat verzekeraars eigen betalingen ontvangen van verzekerden voor het verplicht eigen risico en dat er kosten zijn voor jongeren onder de 18 jaar. De rekenpremie kan de verzekeraar vervolgens weer terugvragen aan zijn verzekerden via de nominale premie.

De uitgaven van een verzekeraar bestaan uit:

- $E(Z_{ver\,0})$: de verwachte gemiddelde zorgkosten per verzekerde zonder een vrijwillig eigen risico. Hieronder valt ook een mogelijk remgeldeffect als gevolg van het verplicht eigen risico. $M_{ver\,0}$: is de mark-up voor de basisverzekering. Deze bestaat uit administratieve kosten en bevat mogelijke winsten van de verzekeraar. Merk op dat dit de mark-up is voor premiebetalers (i.e. 18+'ers). In de huidige berekeningen wordt verondersteld dat verzekeraars geen administratiekosten of winst maken op 18-'ers

Voor de premiestelling van het vrijwillig eigen risico zal de verzekeraar er rekening mee moeten houden dat de verzekerde met een hoger vrijwillig eigen risico wellicht minder zorg gaat consumeren (een groter remgeldeffect) en dat een verzekerde door het hogere eigen risico ook meer eigen zak betaalt. Daarnaast kan de verzekerde een goedkopere basispolis kiezen. De inkomsten en uitgaven voor verzekeraars met betrekking tot van het vrijwillig eigen risico is dan als volgt:

inkomsten verzekeraar = zorguitgaven verzekeraar plus mark-up

$$P_{ver\,0} - P_{korting\,x} + (N_{ver\,x} - RP) = E(Z_{ver\,x}) - E(EB_{ver\,x}) + M_{ver\,x} \qquad (2)$$

- $P_{ver\,x}$: is de premie voor de basisverzekering inclusief een vrijwillig eigen risico van *x* (*ver x*) waarbij een $x \in$ [100, 200,…, 500 euro].
- $P_{korting\,x}$: is de premiekorting voor het vrijwillig eigen risico *x* (zie tabel 3.1) en de korting omdat de verzekerde voor een goedkopere polis kiest (zie tekst en cijfers in sectie 6.1).
- $E(Z_{ver\,x})$: zijn de verwachte gemiddelde zorgkosten per verzekerde met een vrijwillig eigen risico *x*. Deze kosten bevatten ook een mogelijk remgeldeffect als gevolg van een hoger eigen risico.
- $E(EB_{ver\,x})$: zijn de verwachte eigen betalingen van de verzekerde bij een keuze voor verplicht plus vrijwillig eigen risico *x*.
- $N_{ver\,x}$: is gemiddelde normuitkering van de groep verzekerden met een vrijwillig eigen risico *x.*
- $M_{ver\,x}$: is de mark-up voor de basisverzekering met een vrijwillig eigen risico *x*. Deze bestaat uit administratieve kosten en bevat mogelijke winsten van de verzekeraar. Deze kan afwijken van de mark-up voor de basisverzekering, bijvoorbeeld omdat er verschillen zijn in de populatie, vereveningsresultaten, administratiekosten etc.

We kunnen het verschil in mark-up voor verzekerden met een vrijwillig eigen risico door vergelijking (1) af te trekken van vergelijking (2). Na herschikking van de variabelen krijgen we dan vergelijking (3):

$$M_{ver\,x} - M_{ver\,0} = \big(N_{ver\,x} - E(Z_{ver\,x})\big) - (N_{ver\,0} - E(Z_{ver\,0})) + E(EB_{ver\,x}) - P_{korting\,x} \qquad (3)$$

Deze vergelijking stelt dat het verschil in mark-up (linkerterm in vergelijking (3)) gelijk is aan de het verschil in vereveningsresultaat tussen een verzekerde met vrijwillig eigen risico (*ver x*) en zonder vrijwillig eigen risico (*ver* 0), de hoogte van de verwachte extra eigen betalingen van verzekerden met een vrijwillig eigen risico min de korting die verzekerden krijgen.

We kunnen het verschil in mark-up (linkerterm van vergelijking (3)) berekenen wanneer we de volgende aannamen hanteren:

1. We gebruiken voor de premiekortingen bij een vrijwillig eigen risico de gemiddelde premie en premiekortingen in de markt. Voor de gemiddelde premiekortingen gebruiken we tabel 3.1 in de tekst.
2. Voor de verwachte bedragen en waarden in bovenstaande vergelijkingen, gebruiken we de echte bedragen en waarden zoals die in onze data te vinden zijn. Bijvoorbeeld, in plaats van de verwachte zorgkosten gebruiken wij dus de echte zorgkosten uit onze data. Voor de verwachte extra eigen betalingen nemen we de gerealiseerde eigen betalingen.
3. We beschouwen iedere groep met een vrijwillig eigen risico *x* apart; we veronderstellen dat er *geen* kruissubsidies plaatsvinden tussen groepen met een verschillend vrijwillig eigen risico.

4. De enige onbekende in (3) is het verschil in de mark-up ($M_{ver\ x} - M_{ver\ 0}$), die kunnen we dan afleiden met behulp van bovenstaande aannamen.

De berekeningen leveren de volgende verschillen op in mark-ups tussen verzekerden met een vrijwillig eigen risico en verzekerden zonder vrijwillig eigen risico.

Tabel B1 **Verschil in mark-ups tussen groepen verzekerden *met* een vrijwillig eigen risico en de groep *zonder* vrijwillig eigen risico.***

	100 euro	200 euro	300 euro	400 euro	500 euro
2010	280	400	380	470	330
2011	310	440	420	420	400
2012	250	360	350	400	300
2013	230	350	360	340	310

*Verschillen in mark-ups tussen groepen verzekerden met een vrijwillig eigen risico van 100, 200, 300, 400 en 500 euro en de groep verzekerden zonder vrijwillig eigen risico. De getallen zijn afgerond op 10 euro.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau
Bezuidenhoutseweg 30
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
T (088) 984 60 00

info@cpb.nl | www.cpb.nl

November 2016