

Sturing via eigen risico heeft beperkt effect

Verzekeraars mogen het eigen risico gebruiken om verzekerden te sturen wat betreft hun keuze van zorgaanbieders. In dit artikel laten we zien dat dit instrument slechts een beperkt effect heeft en stellen we een beter alternatief voor.

STÉPHANIE VAN DER GEEST

Universitair docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

MARCO VARKEVISSER

Hoogleraar aan de EUR

In ons zorgstelsel met gereguleerde concurrentie is de beoogde rol van de verzekeraar die van een kostenbewuste inkoper, namens zijn verzekerden, van kwalitatief goede zorg. Die rol kan een verzekeraar (nog) beter vervullen wanneer hij een zorgaanbieder meer van zijn verzekerden in het vooruitzicht zou kunnen stellen in ruil voor gunstige contractvoorwaarden. Een verzekeraar kan proberen om de keuze van zijn verzekerden voor een aanbieder te 'sturen' door de eigen betalingen tussen groepen zorgaanbieders te variëren. Dan heeft de verzekerde een keuze tussen goedkopere en duurdere zorg.

Op grond van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet mogen verzekeraars de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg beperken (Varkevisser et al., 2006). Door verschillende oorzaken – waaronder het zogeheten *binderpaal-criterium* en de wijze waarop de onvolledige vergoeding wordt berekend – is bij dergelijke selectieve contractering het vergoedingsverschil tussen gecontracteerde en niet-gecontracteerde zorg in de praktijk gering (Van der Geest et al., 2017). Het sturingsinstrument is hierdoor nauwelijks effectief, en dit verzwakt de onderhandelingspositie van verzekeraars op zorginkoopmarkten (Duijmelinck en Van de Ven, 2015; Van de Ven, 2017).

Naast bovengenoemde selectieve contractering kunnen verzekeraars, sinds 1 januari 2009, ook tussen gecontracteerde zorgaanbieders een onderscheid in eigen betalingen maken. Verzekeraars mogen namelijk zorgvormen aanwijzen waarvoor geldt dat verzekerden geen eigen risico verschuldigd zijn als ze een voorkeursaanbieder kiezen waarmee bijzondere afspraken zijn gemaakt over prijs, kwaliteit en/of volume. Echter, op grond van de huidige wet- en regelgeving is het dan niet mogelijk om het eigen risico voor het gehele kalenderjaar (deels) kwijt te schelden. Dit betekent dat het financiële voordeel dat verzekerden moet stimuleren om te kiezen voor een voorkeursaanbieder mede afhangt van hun overige zorgkosten. Wanneer deze overige kosten het totale eigen risico overtreffen – zoals bijvoor-

beeld bij chronisch zieken jaarlijks het geval is – dan heeft de verzekerde van de keuze voor een voorkeursaanbieder geen financieel voordeel.

EXPERIMENT

Een van de verzekeraars die meteen in 2009 het eigen risico als sturingsinstrument heeft ingezet, is De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) – tegenwoordig onderdeel van Zilveren Kruis, maar destijds de grootste regionale zorgverzekeraar. Het eenjarige experiment betrof staaroperaties en spataderbehandelingen. Voor staaroperaties had DFZ drie ziekenhuizen en één zelfstandig behandelcentrum als voorkeursaanbieder aangewezen. Voor spataderbehandelingen wees men eveneens drie ziekenhuizen en één zelfstandig behandelcentrum aan. Deze aanbieders waren door DFZ geselecteerd op basis van professionele kwaliteit (zoals het volgen van richtlijnen), organisatorische kwaliteit (zoals wachttijd) en relationele kwaliteit (zoals patiënttevredenheid).

Wanneer een verzekerde voor een van de aangewezen voorkeursaanbieders koos, dan bracht DFZ gedurende het experiment voor de betreffende behandeling het eigen risico niet bij de verzekerde in rekening. Zoals hierboven uitgelegd, was het eigen risico echter nog volledig van toepassing wanneer de verzekerde, naast de kosten voor staar en spataderen, ook nog andere zorgkosten maakte.

Met declaratiegegevens van vóór en tijdens het experiment hebben wij in een tweetal studies het effect onderzocht van het gedifferentieerde eigen risico op het keuzegedrag van patiënten die verzekerd waren bij DFZ. Op het niveau van de zorgaanbieders gaf een lineaire regressie bij staaroperaties géén en bij spataderbehandelingen wél een significante verschuiving van patiënten te zien (Van der Geest en Varkevisser, 2016). Gecorrigeerd voor een trendmatige ontwikkeling in patiëntaantallen, heeft de aangewezen groep van voorkeursaanbieders voor spataderbehandelingen hun aandeel ten koste van de niet-voorkeursaanbieders licht zien toenemen.

Een mogelijke verklaring voor het gevonden verschil tussen beide behandelingen is dat patiënten met staar vaak ouder zijn en mede hierdoor veel andere zorgkosten hebben, zodat de keuze voor een voorkeursaanbieder hun in financiële zin niet of nauwelijks een voordeel oplevert. Bij spataderbehandelingen laat nader econometrisch onderzoek op het niveau van de individuele patiënten zien dat mensen, ongeacht hun verwachte financiële voordeel, sneller geneigd waren om een van de aangewezen voorkeurs-

aanbieders te kiezen (Van der Geest en Varkevisser, 2017). Ook bleken mensen voor een spataderbehandeling minder snel een voorkeursaanbieder te kiezen wanneer zij, uitgaande van hun zorgkosten in het voorafgaande jaar, verwachten dat hun keuze een kleiner financieel voordeel zou opleveren. De gevonden prijsgevoeligheid was echter maar zeer beperkt. Een simulatieanalyse wijst uit dat bij een hypothetische verdubbeling van het eigen risico – en dus de prijs van een niet-voorkeursaanbieder – naar verwachting het totaal aantal mensen dat voor een voorkeursaanbieder kiest ceteris paribus met slechts twee procent toeneemt.

UITKOMST VAN HET EXPERIMENT

Het experiment met het gedifferentieerde eigen risico als sturingsinstrument lijkt bij DFZ dus slechts een bescheiden effect te hebben gehad op het keuzegedrag van verzekerden. Uit onze analyse blijkt het gevonden effect hoofdzakelijk te zijn veroorzaakt door het aanwijzen van goed presterende voorkeursaanbieders, en in veel mindere mate door het mogelijke financiële voordeel dat verzekerden konden behalen als ze tijdens het experiment voor een van deze aanbieders kozen. De huidige opzet van het eigen risico als sturingsinstrument is hier waarschijnlijk debet aan. Dit wordt geïllustreerd door het volgende. Uit de gegevens van DFZ blijkt dat gedurende het experiment minder dan de helft van de mensen voor wie, gezien hun zorgkosten in het voorafgaande jaar, een financieel voordeel waarschijnlijk was, ook een voorkeursaanbieder kozen. Ook blijkt dat uiteindelijk slechts krap één op de vijf mensen die wel een voorkeursaanbieder kozen, hier daadwerkelijk in financiële zin profijt van heeft gehad. Voor de overige vier verzekerden geldt dat zij hun eigen risico uiteindelijk helemaal hebben opgebruikt met andere zorgkosten.

BELEIDSIMPLICATIES

Bij de huidige opzet van het gedifferentieerde eigen risico hangt het precieze financiële voordeel dat mensen kunnen behalen door een voorkeursaanbieder te kiezen af van iemands totale zorgkosten gedurende een kalenderjaar. Het precieze voordeel kan dus alleen achteraf worden vastgesteld. Op het moment van kiezen is het voor verzekerden dan ook lang niet altijd duidelijk of de keuze voor een voorkeursaanbieder uiteindelijk wel een financieel voordeel oplevert. Tegelijkertijd is de financiële prikkel voor chronisch zieken al bij voorbaat irrelevant. Het spreekt voor zich dat dit de effectiviteit van het eigen risico als sturingsinstrument sterk ondermijnt.

De prikkelwerking van het eigen risico als sturingsinstrument zou te versterken zijn door, bij de keuze voor een voorkeursaanbieder, het eigen risico met een bepaald bedrag te verlagen dan wel geheel kwijt te schelden. Voor verzekeraars brengt dit echter aanzienlijke kosten met zich mee omdat verzekerden dan minder uit eigen zak hoeven te betalen. Bovendien leidt dat laatste vervolgens ook nog eens tot een kostenverhogende bijwerking in de vorm van een lager 'remgeldeffect', omdat mensen bij een lager eigen risico minder kostenbewust gebruik maken van zorg.

Voor een effectief sturingsinstrument is het belangrijk dat de keuze voor een voorkeursaanbieder de verzekerde een duidelijk financieel voordeel oplevert. Een beter alternatief

zou daarom zijn om ten eerste een wettelijke basis te creëren voor het bij verzekerden in rekening brengen van vaste bedragen per type behandeling – bijvoorbeeld voor een polikliniekbezoek, dagopname of meerdaagse opname – met het eigen risicobedrag als jaarplafond (Van der Geest et al., 2017). Ten tweede zou men verzekeraars moeten toestaan om deze eigen betalingen te laten verschillen tussen groepen zorgaanbieders. Bijvoorbeeld door binnen de groep gecontracteerde zorgaanbieders een onderscheid te maken tussen voorkeursaanbieders en aanbieders met een standaardcontract. In het Amerikaanse zorgsysteem experimenteren verzekeraars al enkele jaren met zulke zogeheten 'tiered provider networks' (Frank et al., 2015). Deze aanpak heeft tevens als belangrijk voordeel dat de eigen betaling van de verzekerde, anders dan bij het huidige eigen risico, los komt te staan van de complexe tarieven die de verzekeraar met zorgaanbieders heeft afgesproken. De vanuit mededingingsperspectief risicovolle openbaarmaking van deze inkooprijzen is dan niet nodig (Roos et al., 2016; Visser, 2017).

Kortom, door in plaats van het huidige gedifferentieerde eigen risico te kiezen voor vaste bedragen per type behandeling, die bij voorkeursaanbieders lager kunnen zijn, krijgen patiënten een financiële prikkel die ze goed begrijpen. En daarmee krijgen verzekeraars de beschikking over een potentieel krachtig en, gezien de machtsverhoudingen op de meeste zorginkoopmarkten (Loozen et al., 2016; Schut en Varkevisser, 2016), broodnodig nieuw sturingsinstrument.

LITERATUUR

- Duijmelinck, D. en W.P.M.M. van de Ven (2015) Hoge vergoeding niet-gecontracteerde zorg belemmert zorginkoop. *ESB*, 100(4717), 532–534.
- Frank, M.B., J. Hsu, M.B. Landrum en M.E. Chernew (2015) The impact of a tiered network on hospital choice. *Health Services Research*, 50(5), 1628–1648.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser (2016) Using the deductible for patient channeling: did preferred providers gain patient volume? *The European Journal of Health Economics*, 17(5), 645–652.
- Geest, S.A. van der, en M. Varkevisser (2017) *Patient responsiveness to a differential deductible: empirical results from the Netherlands*. Artikel is ingediend voor publicatie.
- Geest, S.A. van der, J.J. Rijken, F.T. Schut en M. Varkevisser (2017) *Beleidsopties voor het stimuleren van gunstige zorgcontracten onder de restrictie van een macrobudget*. Onderzoeksrapport voor het Ministerie van VWS, Erasmus Universiteit / AKD. Te vinden op www.rijksoverheid.nl.
- Loozen, E.M.H., M. Varkevisser en F.T. Schut (2016) Goede zorginkoop vereist effectief toezicht op marktmacht. *ESB*, 101(4737), 426–429.
- Roos, A.F., F.T. Schut en M. Varkevisser (2016) *Openbare ziekenhuisrijzen dienen consumentenbelang niet*, 11 november. Artikel te vinden op www.zorgvisie.nl.
- Schut, F.T. en M. Varkevisser (2016) Hebben zorgverzekeraars te veel macht? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, D1133.
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. van der Geest (2006) Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen 'sturen'. *ESB*, 91(4478), 38–40.
- Ven, W.P.M.M. van de (2017) Onbeheersbare kostenstijging dreigt in de zorg. *TPEdigitaal*, 12(1), 1–11.
- Visser, M. (2017) Verzekeraars en ziekenhuizen willen zelfde zorgtarieven. *Trouw*, 15 november.

In het kort

- ▶ De effectiviteit van het eigen risico als sturingsinstrument is beperkt.
- ▶ Vaste eigen betalingen die bij voorkeursaanbieders lager kunnen zijn, vormen een beter alternatief.