Evaluatie naar het verplicht eigen risico

Eindrapport

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Rotterdam, 25 mei 2011

Evaluatie naar het verplicht eigen risico

Eindrapport

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dr. Wija Oortwijn
Dr. Sandra Adamini
Drs. Mathijn Wilkens
Dr. Vincent Thio
Drs. Piet de Bekker
Drs. Arjo Boendermaker
Prof. Dr. Marcel Canoy

Rotterdam, 25 mei 2011

Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profit sectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 80-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys Nederland hecht aan een duurzame bedrijfsvoering. Daarom printen wij standaard op FSC-gecertificeerd papier.

ECORYS Nederland BV
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Ecorys Macro- & Sectorbeleid
T 010 453 87 53
F 010 452 36 60

Inhoudsopgave

Afkortingenlijst 7

1 Belangrijkste bevindingen en conclusies 9
1.1 Algemene conclusies met betrekking tot doelstellingen van het verplicht eigen risico 9
1.2 Varianten op het verplicht eigen risico 13

2 Evaluatie van het verplicht eigen risico 15
2.1 Invoering van het verplicht eigen risico 15
2.2 Doelstelling van de evaluatie van het verplicht eigen risico 16
2.3 Vraagstelling en plan van aanpak 16
2.4 Leeswijzer 19

3 Trends in zorgconsumptie 21
3.1 Inleiding 21
3.2 Beroep op huisartsenzorg en huisartsverwijzingen naar specialisten 21
3.2.1 Beroep op de huisartsenzorg op lange termijn 22
3.2.2 Verwijzingen naar de specialist door de huisarts 22
3.3 Gebruik genees- en hulpmiddelen 24
3.3.1 Geneesmiddelen 24
3.3.2 Hulpmiddelen 26
3.4 Spoedeisende hulp en bemoeizorg 27
3.4.1 Spoedeisende hulp 27
3.4.2 Bemoeizorg 28
3.5 Samenvatting 28

4 Analyse van het gedragseffect 29
4.1 Inleiding 29
4.2 Gedragseffecten eigen betalingen zorg – een overzicht van de literatuur 30
4.2.1 Het RAND experiment 30
4.2.2 Effecten van vrijwillig versus verplicht eigen betalingen 30
4.2.3 Effecten eigen betalingen: eerdere schattingen 31
4.2.4 Effecten van eigen betalingen voor verschillende typen zorg 31
4.2.5 Gedragseffect van het verplicht eigen risico: berekeningen van het Centraal Planbureau 32
4.2.6 Huidig onderzoek: een natuurlijk experiment 33
4.3 Wie betaalt zelf voor zorg? – een beschrijvende analyse 34
4.3.1 Gebruik eigen betalingen 34
4.3.2 Financieringsverschuiving daalt met ruim een half miljard tot 1,26 miljard euro 37
4.3.3 Kostenontwikkeling 2007 naar 2008 37
4.4 Omvang van het gedragseffect: een econometrische analyse 39
4.4.2 Analyse robuustheid model 45
4.5 Vertaling uitkomsten naar de totale populatie 47
4.6 Samenvatting 50

5 Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten 53
5.1 Achtergrond 53

5.2 Informatievoorziening door zorgverzekeraars 53
5.2.1 Op welke wijze informeren verzekeraars hun verzekerden? 53
5.2.2 Waarover informeren verzekeraars hun verzekerden? 54
5.2.3 Hoe staat het met de kwaliteit van de informatievoorziening? 54
5.2.4 Kwaliteit van de informatievoorziening van de klantenservice van zorgverzekeraars 55
5.3 Verzekerden en het verplicht eigen risico 56
5.3.1 Hoe bekend is het verplicht eigen risico onder verzekerden? 57
5.3.2 Wat weten verzekerden over de werkingssfeer van het verplicht eigen risico? 57
5.3.3 Gedragseffecten 58
5.3.4 Kennis over de compensatieregeling van het verplicht eigen risico bij verzekerden 58
5.4 Zorgverleners en het verplicht eigen risico 59
5.4.1 Huisartsen en het verplicht eigen risico 60
5.4.2 Apothekers en GGZ zorgverleners 64
5.5 Samenvatting 65

6 Uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling 67
6.1 Achtergrond 67
6.2 Algemene uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico 67
6.3 Uitvoeringskosten van de compensatieregeling 69
6.4 Uitvoering van de compensatieregeling 70
6.5 Samenvatting 77

7 Sturingsinstrument 79
7.1 Achtergrond 79
7.2 Zijn verzekerden bekend met het sturingsinstrument? 79
7.3 Inzet en effect van het sturingsinstrument 81
7.4 Alternatieve sturingsmechanismen: hoe krijgen zorgverzekeraars verzekerdenstromen in beweging? 84
7.4.1 Opinie van verzekerden ten aan zien van keuzeondersteuning 85
7.5 Samenvatting 89

8 Varianten op het verplicht eigen risico 91
8.1 Achtergrond 91
8.2 Varianten op het huidige verplicht eigen risico 91
8.2.1 Verhoging van het eigen risico 92
8.2.2 Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen 94
8.2.3 Huisartsenzorg: onderdeel van het verplicht eigen risico en/of eigen bijdrage? 96
8.2.4 Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg 98
8.2.5 Aandacht voor rechtvaardigheid en sturing door vrijstelling van eigen betalingen 100
8.3 Samenvatting 101

Bijlage 1 Literatuuroverzicht eigen betalingen 103

Bijlage 2 Econometrische analyse: methodologie 107

Bijlage 3 Gegevensbestanden en berekening eigen betaling 111

Bijlage 4 Analyse FKG/DKG 115

Afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BSN	Burger Service Nummer
CAK	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CER	Compensatieregeling Eigen Risico
CG-Raad	Chronisch zieken en gehandicapten Raad Nederland
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CPB	Centraal Planbureau
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
DDD	Standaard dagdoseringen
DKG	Diagnose kostengroep
FKG	Farmaceutische kostengroep
GGZ	Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
GIP	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
M&I	Modernisering en Innovatie
NAW	Naam Adres Woonplaats gegevens
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden budget
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SEH	Spoedeisende hulp
SFK	Stichting Farmaceutische Kengetallen
TK	Tweede Kamer
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wtcg	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

1 Belangrijkste bevindingen en conclusies

Vanaf 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico is in de plaats gekomen van de no-claim teruggaveregeling die in 2005 werd ingevoerd.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ECORYS Nederland BV (Ecorys) gevraagd de evaluatie van het verplicht eigen risico uit te voeren. Ecorys heeft hierbij samengewerkt met Berenschot Groep B.V. (Berenschot).

Op verzoek van de Tweede Kamer (TK) gaat de evaluatie naar het verplicht eigen risico specifiek in op zeven deelvragen:

- Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?
- Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?
- Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden?
- In hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?
- Wat zijn de algemene en specifieke uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling?
- Hoe verloopt de uitvoering van de Compensatie eigen risico (CER) door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) en de betrokken ketenpartners?
- Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?

De evaluatie is in twee fasen uitgevoerd:

- een evaluatie op hoofdlijnen – een zogenaamde quick scan, waarvan de resultaten in een eerder rapport zijn beschreven[1]; en
- een verdiepingsslag waarbij onder andere de uitkomsten op het niveau van verzekerden worden gemeten.

Dit rapport beschrijft de resultaten van de gehele evaluatie.

1.1 Algemene conclusies met betrekking tot doelstellingen van het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (150 euro in 2008, 155 euro in 2009, 165 euro in 2010 en 170 euro in 2011) voor rekening van de verzekerde komen. Het is bedoeld om mensen bewuster te maken van de kosten van hun zorggebruik om op die manier een remmende werking te realiseren. Daarnaast wordt een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogd.

Financieringsverschuiving verplicht eigen risico is ongeveer 1,3 miljard euro

De financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico van 150 euro bedraagt ongeveer 1,3 miljard euro. De totale zorguitgaven veranderen hierdoor niet, wel nemen de collectieve zorguitgaven af. Ten opzichte van de eerdere no-claim teruggaveregeling is de

[1] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/06/16/evaluatie-naar-verplicht-eigen-risico.html.

financieringsverschuiving echter afgenomen van ongeveer 1,8 miljard naar ongeveer 1,3 miljard euro. Bij een verplicht eigen risico dat verhoogd zou worden naar ongeveer 250 euro kan 2 miljard euro privaat worden gefinancierd, een vergelijkbaar bedrag als onder de no-claim teruggaveregeling. De eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling gaat uit van een financieringsverschuiving van 1,9 miljard euro in 2006.

Gedragseffect verplicht eigen risico

Hoewel het nog kort dag is om definitieve uitspraken te doen over de impact van het verplicht eigen risico, is het gedragseffect in deze evaluatie onderzocht. Door een vergelijking te maken van de zorgkosten van twee specifieke groepen verzekerden voor (2007) en na de invoering (2008) van het verplicht eigen risico kan het gedragseffect worden geschat. We hebben hierbij gekeken naar verzekerden die qua zorggebruik sterk op elkaar lijken, maar waarbij de ene groep wel onder het verplicht eigen risico valt (18 jarigen) en de andere niet (15-17 jarigen). Hierbij gaat het om de ontwikkeling van de zorgkosten binnen de Zvw (uitgezonderd curatieve GGZ), waarbij verzekerden met hele hoge zorgkosten in 2007 of in 2008 (FKG- of DKG-indicatie) buiten beschouwing zijn gelaten. Het effect bij deze twee groepen (jongeren) is niet onmiddellijk representatief voor de gehele bevolking omdat de onderzochte groepen sterker reageren op eigen betalingen. Een analyse van het gedragseffect bij leeftijdsgroepen vanaf 19 jaar is niet mogelijk vanwege het ontbreken van een controlegroep. Ook is het niet mogelijk voor deze groepen een vergelijking te maken met 2007, aangezien toen de no-claim teruggaveregeling van kracht was.

Gedragseffect (zonder verzekerden met FKG/DKG-indicatie) verplicht eigen risico voor 18-jarigen ligt tussen -2,6 en -7,3 procentpunt

Voor een verzekerde die 17 jaar was in 2007 en 18 jaar was in 2008, was de kostenontwikkeling *zonder* een verplicht eigen risico (van 150 euro) tussen de 2,6 en 7,3 procentpunt hoger geweest tussen 2007 en 2008. Dit blijkt uit de (empirische) econometrische analyse.

Verder blijkt uit de analyse dat:

- Er geen effect gevonden is voor verzekerden met hoge zorguitgaven (FKG en/of DKG-indicatie).
- We niet kunnen concluderen dat het gedragseffect significant verschilt tussen inkomensgroepen.
- Zoals verondersteld het gedragseffect sterker is bij de zorgkosten die onder het verplicht eigen risico vallen dan bij zorgkosten die niet onder het eigen risico vallen.
- Het effect het sterkst is bij farmacie en ziekenhuiszorg.

Vermeden zorgkosten ten gevolge van het verplicht eigen risico liggen tussen 275 en 772 miljoen euro per jaar

Wanneer we de resultaten van de econometrische analyse extrapoleren naar de gehele verzekerdenpopulatie, berekenen wij dat de vermeden zorgkosten ten gevolge van het verplicht eigen risico tussen 275 en 772 miljoen euro per jaar bedragen. De omvang van de bandbreedte wordt voornamelijk veroorzaakt door het effect op de ziekenhuiszorg.

Bij deze doorrekening nemen we aan dat hogere leeftijdsgroepen (19 jaar en ouder) even sterk reageren op eigen betalingen als 15-18 jarigen omdat uit de data die gebruikt is voor dit onderzoek de prijsgevoeligheid van de hogere leeftijdsgroepen niet geschat kan worden. In onderstaande tabel presenteren we wat het effect van het verplicht eigen risico zou zijn bij andere veronderstellingen ten aanzien van de prijsgevoeligheid van hogere leeftijdsgroepen.

Prijsgevoeligheid ten opzichte van de analysegroep	Totale vermeden zorgkosten (in miljoen euro)
1	275 - 772
0,75	206 - 579
0,5	137 - 386
0,25	69 - 193

Het effect van de maatregel op zorggebruik wordt waarschijnlijk gemitigeerd doordat:

- Niet iedereen bekend is met de invulling van de maatregel (wat binnen/buiten het verplicht eigen risico valt);
- Huisartsenzorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico;
- Slechts een beperkte groep verzekerden, vooral chronisch zieken, veelvuldig in aanraking komen met gezondheidszorg. Deze groep heeft de hoogste zorguitgaven. Gegeven deze hoge uitgaven overschrijden zij met zekerheid het verplicht eigen risico, dat relatief laag is. Hierdoor vervalt de prikkel die theoretisch gezien van het eigen risico uit zou moeten gaan. Bovendien vallen zij vanwege hun ziekte veelal binnen de beschermingsmechanismen, waardoor ook de financieringsverschuiving beperkter is.

Verzekerden zelf geven te kennen dat zij zich bij hun zorggebruik niet of nauwelijks laten leiden door het huidig verplicht eigen risico.

Geen negatieve effecten verplicht eigen risico op gezondheid

We nemen vooralsnog aan dat het huidig verplicht eigen risico weinig tot geen negatieve effecten heeft op de gezondheid van verzekerden. We baseren ons daarbij op de beschikbare literatuur, waarin in het algemeen geen effect van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden is gevonden. Op basis van de beschikbare data was het binnen deze evaluatie niet mogelijk de effecten op gezondheid te meten. Omdat geen onderscheid gemaakt kan worden tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg, is het onduidelijk of het verplicht eigen risico niet alleen overbodige, maar ook noodzakelijke zorg afremt. Daarnaast is het aannemelijk dat gezondheidsschade pas op langere termijn zichtbaar wordt.

Informatie over het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars aan hun verzekerden is voldoende

Voor wat betreft de informatieverschaffing van zorgverzekeraars aan hun verzekerden, concluderen wij dat de bepalingen over het verplicht eigen risico (hoogte en werkingssfeer) in de modelovereenkomsten en op de websites van alle zorgverzekeraars in overeenstemming zijn met wet- en regelgeving. De meeste zorgverzekeraars kiezen er overigens niet voor om naast informatie via de modelovereenkomsten en hun website ook nog een mailing naar de verzekerden te sturen.

Bekendheid met het verplicht eigen risico onder verzekerden is onvoldoende

Een overgrote meerderheid van de verzekerden is op de hoogte van het bestaan van het verplicht eigen risico. Echter, verzekerden weten niet goed welke zorg onder het verplicht eigen risico valt. Hoewel informatie via verschillende wegen beschikbaar is, denkt 26% onterecht dat er een verplicht eigen risico geldt voor de huisarts. Deze mate van onbekendheid geldt eveneens voor de compensatieregeling. De compensatieregeling is gebaseerd op automatische selectie van rechthebbenden op basis van een aantal criteria en veronderstelt dus geen actie om de compensatie te ontvangen. In de praktijk geldt voor een zeer kleine groep van rechthebbenden dat zij geen compensatie ontvangt als zij dit niet zelf bij het CAK aanvraagt.

Bekendheid met het verplicht eigen risico onder huisartsen en andere zorgverleners lijkt niet van invloed op het voorschrijf- of verwijsgedrag

De overgrote meerderheid van huisartsen is bekend met het verplicht eigen risico en weet ook dat het niet voor de huisartsenzorg geldt. Tevens lijken huisartsen goed op te hoogte te zijn van de werkingssfeer van het verplicht eigen risico, vooral voor de zorgvormen waar ze dagelijks mee te maken hebben (geneesmiddelen op recept, specialistische zorg in het ziekenhuis, laboratoriumonderzoeken).

Huisartsen houden niet of nauwelijks rekening met het verplicht eigen risico in hun voorschrijf- of verwijsgedrag – slechts wanneer een patiënt er om vraagt, is bijna de helft van de huisartsen bereid dit in overweging te nemen.

Huisartsen vormen naast zorgverzekeraars een informatiebron voor verzekerden. Driekwart van de huisartsen krijgt wel eens een vraag over het verplicht eigen risico. De vragen hebben meestal betrekking op de werkingssfeer of op de kosten van zorg.

Bij apothekers en GGZ-zorgverleners vinden we vergelijkbare resultaten. Wel zijn er aanwijzingen dat GGZ-zorgverleners minder bekend zijn met het verplicht eigen risico.

De uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico zijn hoger dan verwacht

De kosten voor de uitvoering van het verplicht eigen risico zijn hoger dan aanvankelijk geschat. In 2007 werden de structurele kosten door het ministerie geraamd op circa 27 miljoen euro. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) constateerde in 2008 dat deze kosten een bandbreedte hadden van 31 tot 46 miljoen euro. Uit onze meting over 2009 blijken de structurele kosten uit te komen op ongeveer 40 miljoen euro. Deze kosten worden grotendeels bepaald door het aanmaken en verzenden van specificaties bij de inning van het verplicht eigen risico en telefonisch contact naar aanleiding hiervan. Er zijn echter grote verschillen tussen verzekeraars, die verklaard kunnen worden door verschil in aanpak. De meest informatieve manier – dat wil zeggen na iedere genoten zorg inzicht geven in de uitputting van het verplicht eigen risico – is tevens de duurste manier vanwege de bijkomende portokosten.

De uitvoeringskosten van de CER zijn structureel ruim 5 miljoen euro

Voor de kosten die het CAK maakt voor de uitvoering van de compensatieregeling is in 2009 een budget toegekend van 5,6 miljoen euro. In 2008 was een specifiek budget toegekend van in totaal 7,7 miljoen euro; 2,2 miljoen euro incidenteel om de opzet van de uitvoering te financieren en 5,5 miljoen euro structureel voor de daadwerkelijke uitvoering. De uitvoeringskosten van verzekeraars voor de CER zijn marginaal en hangen samen met vragen naar aanleiding van beroep en bezwaarschriften.

De uitvoering van de compensatieregeling verloopt goed; dit geldt in mindere mate voor de informatievoorziening over de CER

In 2008-2009 kreeg de uitvoering van de compensatieregeling veel politieke en publicitaire aandacht. Dit was voornamelijk het gevolg van de lastige afbakening van de doelgroep. Een grote groep mensen kreeg geen compensatie terwijl ze wel chronisch patiënt zijn. Dit hing samen met de praktische politieke en beleidsmatige keuze om voor de te hanteren criteria aan te sluiten bij bestaande registraties. De criteria om voor deze compensatie in aanmerking te komen, hebben aanleiding gegeven tot tientallen beroepszaken.

Inmiddels kan gesteld worden dat de uitvoering van de CER op alle fronten goed verloopt. Het proces verloopt soepeler door verbeterde samenwerking met verzekeraars (leereffect Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten - Wtcg). Prestaties (uitgedrukt in cijfers) zijn in

2010 verder verbeterd ten opzichte van 2009. In 2010 waren er ruim 1,95 miljoen rechthebbenden en werden 1,92 miljoen betalingen verricht.

We ontvangen wel signalen dat de informatievoorziening over de CER onvoldoende is. De regeling is complex en het blijkt daardoor lastig om aan doelgroepen uit te leggen waar een recht op compensatie precies op gebaseerd is.

De inzet van het sturingsinstrument is beperkt

De inzet van het eigen risico als sturingsinstrument, waarbij de zorgverzekeraar kan bepalen dat de kosten van bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven, is zeer beperkt in 2009 en 2010. Twee (2010, drie in 2009) van de 11 verzekeraars (concerns) zetten het sturingsinstrument in. Het sturingsinstrument wordt vooral ingezet voor specifieke zorgarrangementen binnen het B-segment waar voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding. Een aantal verzekeraars (binnen concerns) is gestopt met het sturingsinstrument in 2010. Een belangrijke reden is dat verzekerden de regeling als negatief zouden ervaren. Bovendien is momenteel nog weinig bekend over het effect van het uitsluiten van bepaalde zorgkosten van het verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Onderzoeken laten uiteenlopende resultaten zien voor wat betreft de perceptie van verzekerden ten aanzien van het sturingsinstrument. Wel blijkt dat huisartsen een belangrijker invloed hebben bij sturing dan financiële prikkels.

Uit de analyse komt naar voren dat zorgverzekeraars moeite hebben met het informeren van verzekerden over het sturingsinstrument. De informatie die verzekeraars via hun website bieden is voor verzekerden onvoldoende om inzicht te verkrijgen in hoe het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument elkaar beïnvloeden. Uit ons vragenlijstonderzoek onder het ConsumentenPanel komt duidelijk naar voren dat de meeste mensen niet bekend zijn met het sturingsinstrument. Een kanttekening hierbij is dat veel verzekeraars ook helemaal geen gebruik maken van het sturingsinstrument.

1.2 Varianten op het verplicht eigen risico

In aanvulling op de evaluatie hebben wij een aantal varianten van het huidige verplicht eigen risico beschreven. Hierbij hebben we gekeken naar een drietal aspecten, namelijk gedragseffecten (kostenbewustzijn, gezondheidseffecten), financieringsverschuiving van collectief naar privaat en transparantie voor verzekerden (bekendheid met en begrijpelijkheid van de maatregel en de nadere invulling ervan).

De volgende varianten hebben we op hoofdlijnen met het verplicht eigen risico vergeleken:

- Verhogen verplicht eigen risico;
- Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen;
- Huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico;
- Eigen bijdragen voor huisartsenzorg naast het huidige verplicht eigen risico;
- Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg (al dan niet in combinatie met het huidige verplicht eigen risico).

Voor de meeste varianten geldt dat zij naar verwachting beter scoren op gedragseffecten dan het huidige verplicht eigen risico. De financieringsverschuiving van publiek naar privaat is onder andere afhankelijk van het type zorg dat binnen de maatregel valt. Wanneer huisartsenzorg onder het huidige verplicht eigen risico komt te vallen, kan een positief gedragseffect (kostenbewustzijn) en financieringsverschuiving optreden. Wanneer enkel eigen bijdragen ingevoerd worden voor

huisartsenzorg zal de financieringsverschuiving van publiek naar privaat beperkt zijn vanwege de relatief lage kosten van een consult. Tenslotte speelt de mate van transparantie een belangrijke rol bij de reikwijdte van zowel gedragseffecten als de financieringsverschuiving. Wanneer een maatregel moeilijk uit te leggen is aan verzekerden, is de vraag in hoeverre gedragseffecten zullen optreden. Dit geldt vooral voor het verschoven eigen risico. De overige varianten zijn vergelijkbaar of wellicht beter uit te leggen aan verzekerden.

2 Evaluatie van het verplicht eigen risico

2.1 Invoering van het verplicht eigen risico

Vanaf 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico is in de plaats gekomen van de no-claim teruggaveregeling.[2] Het verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (150 euro in 2008, 155 euro in 2009, 165 euro in 2010 en 170 euro in 2011) voor rekening van de verzekerde komen.

Het verplicht eigen risico geldt voor alle zorg binnen de Zvw, met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en normale tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 21 jaar. Kinderen tot 18 jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico. Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten (bijvoorbeeld chronisch zieken)[3] en verzekerden in AWBZ-instellingen hebben per jaar recht op een financiële tegemoetkoming (47 euro in 2008, 50 euro in 2009, 54 euro in 2010 en 56 euro in 2011) van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK).[4] Vanaf 2009 krijgen mensen die in 2006 en 2007 waren ingedeeld in een bepaalde diagnose kostengroep (DKG)[5] ook compensatie voor het verplicht eigen risico. In 2011 worden hier de hulpmiddelen aan toegevoegd.[6]

Het *doel* van het verplicht eigen risico is – naast een financieringsverschuiving van collectieve zorguitgaven naar private uitgaven – dat patiënten goed afwegen of het gebruik van medische voorzieningen nodig is. Doordat het verplicht eigen risico een negatieve financiële prikkel kent, is het denkbaar dat een verplicht eigen risico leidt tot (1) minder mensen worden doorverwezen naar de specialist; (2) mensen eerder geneigd zijn om naar de huisarts te gaan in plaats van naar de SEH; (3) mensen minder snel een 'second opinion' zullen aanvragen en (4) mensen minder vaak hun arts zullen vragen om genees- of hulpmiddelen voor te schrijven dan wel te kiezen voor goedkopere varianten (bijvoorbeeld een verschuiving naar generieke geneesmiddelen). De verwachting is dat door deze beoogde effecten de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen en daarmee ook de premies voor de verzekerden.[7]

Ook zou doelmatigheidswinst behaald kunnen worden door het zogenaamde sturingsinstrument. Sinds 1 januari 2009 mogen verzekeraars het eigen risico gebruiken als sturingsinstrument. Ze kunnen ervoor kiezen geen eigen risico te berekenen voor zorg die verzekerden afnemen bij door hun gecontracteerde aanbieders of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen.[8] Verzekeraars zouden hierdoor beter in staat gesteld kunnen

---

2 De no-claim leidde tot aanzienlijke maatschappelijke en politieke onvrede. Ook waren er sterke twijfels of de positieve prikkel die van de teruggave van de no-claim uitgaat voldoende effectief is. zie: http://www.minvws.nl/actueel/vraag-en-antwoord/verplicht-eigen-risico/default.asp.

3 Inclusief verzekerden die twee opeenvolgende voorafgaande jaren aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG – deze zijn hetzelfde als die voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars worden gebruikt, met uitzondering van de FKG "hoog cholesterol") (NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008, p. 7, Eerste Kamer, 31 094 G, augustus 2008, p. 6).

4 NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009; Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening Zorgstelsel, 29 689, nr. 194. Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag, 2008.

5 Zie: www.regering.nl/actueel/persberichten_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning_verplicht_eigen_risico_in_2009.

6 NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008, p. 7.

7 Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006.

8 Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening Zorgstelsel, 29 689, nr. 194. Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag: 2008.

worden om goede afspraken te maken met zorgaanbieders over de kwaliteit, de prijs en de hoeveelheid zorg.[9]

2.2 Doelstelling van de evaluatie van het verplicht eigen risico

De doelstelling van deze evaluatie is om in kaart te brengen of de beoogde effecten optreden en of het verplicht eigen risico leidt tot niet-beoogde effecten.

Met de invoering van het verplicht eigen risico is een financieringsverschuiving van collectief naar privaat gerealiseerd. Het verplicht eigen risico is een negatieve financiële prikkel voor de verzekerde om het zorggebruik te beperken tot noodzakelijke zorg. Het is niet wenselijk dat de prikkel leidt tot onbedoelde drempels voor zorggebruik en onderconsumptie. Tevens zijn de financiële effecten op macroniveau van belang – in welke mate vindt een verschuiving van de financiering plaats en wat is de omvang van het volume-effect? Om de werking van het instrument te vergroten is kennis en informatie over het verplichte en vrijwillige eigen risico bij verzekerden en professionals in de zorg van groot belang. Informatieverschaffing door zorgverzekeraars speelt daarbij een belangrijke rol. Zo moet voor verzekerden het verschil tussen de financiële gevolgen van het verplichte en het vrijwillige eigen risico duidelijk zijn.[10] Onvoldoende of verkeerde informatie kan resulteren in niet-beoogde effecten, bijvoorbeeld omdat verzekerden denken dat huisartsenzorg ook onder het eigen risico valt. Andere aspecten betreffen de effectiviteit van de CER en de uitvoeringskosten voor uitvoerende organisaties (CAK en zorgverzekeraars). Het is van groot belang dat de uitvoering van de compensatieregeling goed verloopt.

Speciale aandacht vereist de toepassing van het sturingsinstrument door de zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2009. Een onderkend risico hierbij betreft de (ontwikkeling van de) kwaliteit van zorgverlening door ‘aangewezen’ zorgaanbieders.[11]

2.3 Vraagstelling en plan van aanpak

De nadruk in deze evaluatie ligt op de doeltreffendheid van het verplicht eigen risico en de CER, waarbij we de volgende evaluatievragen beantwoorden:

Effecten van het verplicht eigen risico

1. Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?

Hierbij gaat het onder andere om het effect op a) het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten, b) het gebruik van de spoedeisende hulp in ziekenhuizen, c) het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen en d) het optreden van een (onbedoelde) drempel voor het zorggebruik (bijvoorbeeld bij bemoeizorg).[12]

---

9 http://www.nza.nl/nza/Nieuws/compensatie_eigen_risico/.

10 http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief_minister_van_volksgezondheid/f=y.pdf, NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008.

11 Eerste Kamer der Staten Generaal. Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, 31 094, nr. G, Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag, 2008.

12 Bemoeizorg is een vorm van zorg die is bedoeld voor mensen met psychische, psychiatrische, lichamelijke, verslavings- en/of sociale problemen die niet zelf om hulp vragen. http://nl.wikipedia.org/wiki/Bemoeizorg.

2. Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?
Hierbij gaat het onder andere om een mogelijke financieringsverschuiving en een eventueel gedragseffect vanwege het verplicht eigen risico.

Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten:

3. Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden?
Hierbij wordt onder andere in kaart gebracht a) of de wijze waarop informatie over het verplicht eigen risico wordt gegeven in de informatiepakketten en op de website van de verzekeraar voor de verzekerde duidelijk en volledig is; en b) of de wijze waarop informatie over het sturingsinstrument wordt ingezet door zorgverzekeraars duidelijk beschreven is in de polis.

4. In hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?
In dit kader zal in kaart gebracht worden wat bekend is over het verplicht eigen risico onder verzekerden. Daarnaast zal gekeken worden naar de bekendheid van de huisartsen met het verplichte eigen risico, en of zij bij de zorgverlening en hun verwijs- en voorschrijfgedrag rekening houden met de financiële gevolgen voor de verzekerden.

Werking van het verplicht eigen risico:

5. Wat zijn de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico?
Hierbij wordt gekeken naar de algemene uitvoeringskosten en de specifieke uitvoeringskosten voor het sturingsinstrument en de compensatieregeling.

6. Hoe verloopt de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK en de betrokken ketenpartners?
De vraag hierbij is onder meer of met compensatie de doelgroep voldoende bereikt wordt.

Combinatie van werking en effecten:

7. Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?
Hierbij wordt gekeken naar aspecten van toegankelijkheid, kwaliteit, bereikbaarheid, of het sturingsinstrument enkel bij goedkoopste zorg wordt ingezet of niet, vrije artsenkeuze, relatie tussen wettelijke en aanvullende verzekering (d.w.z. is het een belemmering om van zorgverzekeraar te wisselen?), en de relatie tussen het vrijwillig en verplicht eigen risico.

Conform de onderzoeksopdracht hebben we voor de eerste fase een quick scan op hoofdlijnen uitgevoerd. Dit rapport is in juni 2010 gepubliceerd.[13] In de tweede fase van de evaluatie (verdiepingsslag op het niveau van verzekerden) is vervolgens nieuwe informatie verzameld en zijn analyses op gegevensbestanden uitgevoerd.

[13] Zie: http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2010/06/16/evaluatie-naar-verplicht-eigen-risico.html.

Voor deze evaluatie hebben we de volgende activiteiten uitgevoerd:

Fase 1: evaluatie op hoofdlijnen

Desk research:

- Analyse van de resultaten van de vragen over het verplicht eigen risico aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL (oktober 2009);
- Kwalitatieve analyse van de mogelijke effecten van varianten van een systeem van verplicht eigen risico in de zorg op de omvang van financieringsverschuiving, het gedragseffect, en de mogelijke welvaarts- of gezondheidseffecten;
- Globale analyses van nationale trends in de zorgconsumptie om te beoordelen in hoeverre de gerealiseerde zorgconsumptie na invoering van het verplicht eigen risico afwijkt van de trendmatig verwachte zorgconsumptie;
- Analyse van mogelijke financiële effecten van een verplicht eigen risico op macroniveau;
- Globale analyses van de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico.

Brainstormsessie kwalitatieve analyse van varianten op een verplicht eigen risico

Interviews:

- Interview met het Centraal Planbureau (CPB - Rudy Douven, Hein Mannaerts) en de Consumentenbond (Marjon Schoneveld, Cynthia Vogeler) over varianten op het verplicht eigen risico;
- Interview met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa – Jaap Lips, Harm Lieverdink) over informatie vanuit zorgverzekeraars over het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument en de compensatieregeling en uitvoeringskosten;
- Interview met Zorgverzekeraars Nederland (ZN - Theo Hoppenbrouwers, Henny Wijngaard) betreffende het sturingsinstrument en de compensatieregeling;
- Interview met het CAK (Ron Lindhout, Remco Fellendans, Folkert de Waard) betreffende de uitvoering en uitvoeringskosten van de compensatieregeling;
- Telefonische interviews met Bemoeizorg Eindhoven en GGZ Oost Brabant over het effect van de invoering van het verplicht eigen risico op bemoeizorg.

Fase 2: verdiepingsslag evaluatie

Desk research:

- Literatuuroverzicht betreffende gedragseffecten van eigen betalingen in de zorg;
- Update van de bevindingen uit fase 1 aan de hand van publicaties die na 1 januari 2010 zijn verschenen.

Data analyse:

- Econometrische schatting van het effect van het verplicht eigen risico op verzekerdenniveau en een doorberekening naar het effect in de vorm van een geldbedrag;
- Analyse van de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico op het niveau van individuele verzekeraars.

Interviews:

- Interviews met 20 zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg GGZ (5 psychiaters en 5 eerstelijnspsychologen) en 10 apothekers over hun bekendheid met het verplicht eigen risico;
- Interviews met zorgverzekeraars over de inzet en werking van het sturingsinstrument (CZ, Agis, Zilveren Kruis[14], Menzis, ONVZ en Univé);

[14] Vragenlijst schriftelijk ingevuld.

- Diepte-interviews met zorgverzekeraars over de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico (CZ/Ohra/Delta Lloyd, Menzis, Achmea);
- Interviews met CAK, Vecozo, CG-Raad en Vektis over de uitvoering van de CER.

Vragenlijstonderzoek:

- Vragenlijstonderzoek onder 810 huisartsen (januari 2011) en 1398 verzekerden (april/mei 2010) (via het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL) naar varianten op het verplicht eigen risico en bekendheid met het sturingsinstrument;
- Vragenlijstonderzoek onder zorgverzekeraars (11 concerns) naar informatievoorziening over het verplicht eigen risico, het sturingsinstrument en uitvoeringskosten.

2.4 Leeswijzer

In dit rapport beschrijven wij de bevindingen van de evaluatie naar het verplicht eigen risico. In hoofdstuk 3 beschrijven de we de trends in zorgconsumptie. In hoofdstuk 4 wordt het gedragseffect op verzekerdenniveau beschreven (beantwoording deelvragen 1-2). In Hoofdstuk 5 gaan we in op de randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten (deelvragen 3-4). Hoofdstuk 6 gaat in op de werking (uitvoering en uitvoeringskosten) van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling (deelvragen 5 en 6). Hoofdstuk 7 richt zich op een combinatie van werking en effecten, namelijk in hoeverre het sturingsinstrument wordt gebruikt en hoe verzekerden hierop reageren (deelvraag 7). In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 8) beschrijven wij varianten op het huidige eigen risico aan de hand een aantal aspecten, zoals transparantie, gedragseffecten en de financieringsverschuiving van publiek naar privaat.

3 Trends in zorgconsumptie

3.1 Inleiding

Om inzicht te kunnen bieden in de gedrags- en financiële effecten (deelvragen 1 en 2) hebben wij de veranderingen in gebruik en kosten van zorg voor en na de invoering van het verplicht eigen risico in de zorgverzekering geanalyseerd.

In dit hoofdstuk worden de mogelijke gedragseffecten met behulp van een trendanalyse onderzocht. De analyse laat zien hoe het beroep op geneesmiddelen, hulpmiddelen, bemoeizorg, SEH en hoe het verwijsgedrag van de huisarts[15] zich heeft ontwikkeld in de periode 2002 tot en met 2008. Mogelijk is hierbij sprake van een gedragseffect als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico. Om de exacte omvang van het gedragseffect te bepalen, beschrijven we in het volgende hoofdstuk de ontwikkeling van het zorggebruik op het niveau van verzekerden.

3.2 Beroep op huisartsenzorg en huisartsverwijzingen naar specialisten

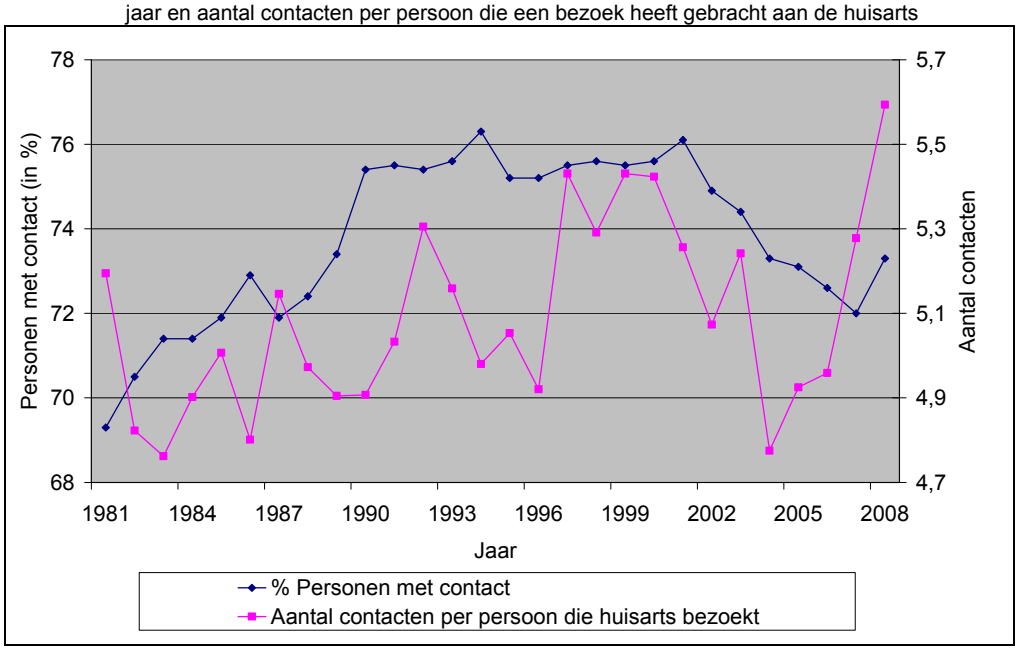
De huisarts speelt als poortwachter een specifieke rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Dit komt ook tot uiting in de wijze waarop de uitvoering van het verplicht eigen risico is vormgegeven. Hierbij is de huisarts uitgesloten van het verplicht eigen risico. Belangrijkste overweging hierbij is dat verzekerden, ingegeven door financiële overwegingen, zouden afzien van noodzakelijke zorg, wat op langere termijn kan leiden tot negatieve gezondheidseffecten en mogelijk hogere zorgkosten. Aan de andere kant heeft het uitsluiten van de huisarts als mogelijk bijeffect dat verzekerden bepaalde (kleinere) medische ingrepen liever laten verrichten door de huisarts dan door de medisch specialist.

In deze paragraaf bekijken we hoe het beroep op de huisarts zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Allereerst kijken we naar het huisartsbezoek in de periode sinds 1980. Vervolgens bekijken we naar het verwijsgedrag van de huisarts sinds 2002, omdat wij juist ten aanzien van het verwijsgedrag op voorhand het grootste gedragseffect verwachten.

[15] Het huisartsenbezoek zou kunnen stijgen daar waar mensen de huisarts consulteren in plaats van de spoedeisende hulp als gevolg van het verplicht eigen risico. Daarentegen zou het huisartsenbezoek ook kunnen dalen als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico wanneer verzekerden de perceptie hebben dat het bezoek aan de huisarts ook onder het verplicht eigen risico valt.

3.2.1 *Beroep op de huisartsenzorg op lange termijn*

Figuur 3.1 Ontwikkeling huisartsbezoek – percentage personen in de bevolking dat de huisarts bezoekt in een jaar en aantal contacten per persoon die een bezoek heeft gebracht aan de huisarts



Bron: CBS POLS enquête (bewerking Ecorys).

Figuur 3.1 weerspiegelt de ontwikkeling van het aandeel personen in de bevolking dat minstens één keer in een jaar contact heeft gehad met de huisarts. Onder contact met de huisarts vallen alle bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten. De figuur toont aan dat het aantal contacten met de huisarts toeneemt tot eind van de jaren negentig van de vorige eeuw en daarna (langzaam) afneemt. Het aantal bezoeken per persoon in een jaar lijkt toe te nemen. In 1980 bedroeg het gemiddelde aantal bezoeken ongeveer 4,9 per persoon. In 2008 is dit toegenomen tot 5,6 bezoeken per persoon.

Als we naar de ontwikkeling van het huisartsbezoek per leeftijdgroep kijken valt op dat ouderen vaker de huisarts bezoeken dan jongeren. Daarnaast is het huisartsbezoek onder ouderen (leeftijd boven 65 jaar) constant gebleven sinds 1990. Dit wordt deels verklaard door de toenemende vergrijzing in de bevolking waardoor de gemiddelde leeftijd in deze groep is toegenomen. Voor de andere leeftijdsgroepen is sprake van een lichte afname van het aandeel personen dat de huisarts bezoekt. De frequentie van het huisartsbezoek is redelijk constant binnen leeftijdsgroepen. Ten slotte is er een verandering in de locatie van het bezoek. Het huisartsbezoek wordt steeds vaker afgehandeld in de vorm van een telefonisch contact, terwijl vooral het huisbezoek sterk is afgenomen.

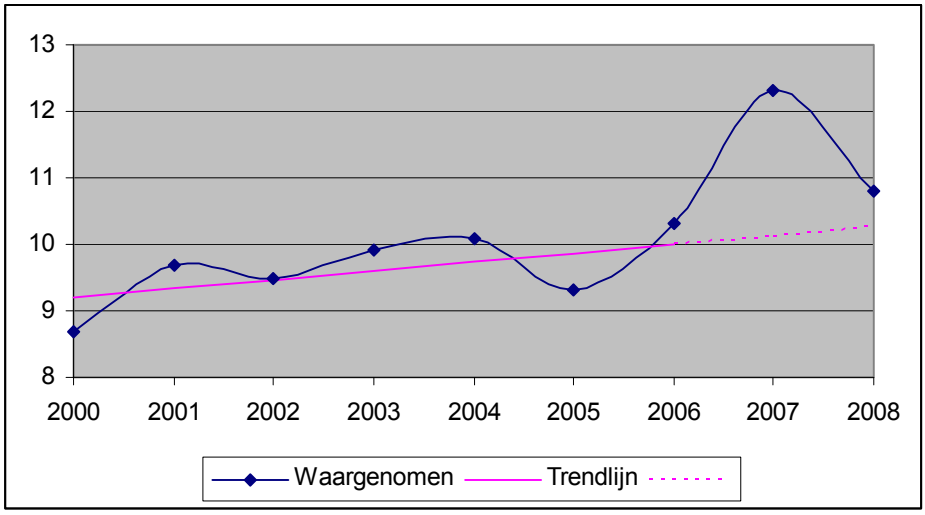
3.2.2 *Verwijzingen naar de specialist door de huisarts*

De invoering van eerste de no-claim teruggaveregeling en later het verplicht eigen risico heeft mogelijk effect op de vraag naar huisartsenzorg. In het bijzonder verwachten we dat er een invloed kan zijn op het verwijsgedrag van huisartsen omdat zij uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. In deze paragraaf bekijken we de ontwikkeling van het aandeel personen dat is doorverwezen door de huisarts naar een specialist in de periode 2000 tot en met 2008.

De beoordeling van de effecten van eigen betalingen wordt bemoeilijkt doordat in 2006 een nieuwe financieringssystematiek is ingevoerd in de gezondheidszorg. Deze biedt voor zowel huisartsen als consumenten prikkels tot gedragsverandering. Aan de consumentenkant zal, in het bijzonder voor

ex-particulier verzekerden, de financiële drempel om naar de huisarts te gaan verlaagd zijn. Dit zal mogelijk tot meer zorgvraag hebben geleid. Aan de aanbodkant geeft de verrichtingencomponent huisarts een financiële prikkel om het aantal consulten op te voeren, onder meer door minder vaak door te verwijzen naar de tweede lijn en meer zelf te doen. Ook de zogenaamde M&I verrichtingen bieden huisartsen een stimulans om meer te doen en minder door te verwijzen naar de specialist.[16]

Figuur 3.2 Percentage personen dat in twee maanden voor de enquête door de huisarts is verwezen naar een medisch specialist



Bron: CBS POLS enquête (bewerking Ecorys).

In bovenstaande figuur laten wij de ontwikkeling zien van het aantal verwijzingen door de huisarts naar een medisch specialist in de periode 2000 tot en met 2008.[17] Het aandeel personen dat door huisartsen in een periode van twee maanden voorafgaand aan de POLS enquête doorverwezen is naar een medisch specialist is vanaf 2000 (8,7%) gestegen met 3,6%-punt naar 12,3% in 2007. In de eerste twee jaar na de invoering van de Zvw in 2006 was sprake van een sterke toename van het aantal verwijzingen door huisartsen naar specialisten. Deze toename kan, evenals de stijging van het aantal consulten, veroorzaakt worden doordat voor ex-particulier verzekerden de financiële prikkel wegviel. Zij betaalden in het verleden het consult immers zelf. Bovendien is voor hen de prijs lager dan voor de stelselherziening. Het aantal zorgcontacten van particulier verzekerden is na invoering van de Zvw toegenomen met 2,2% terwijl dit onder voormalig ziekenfondspatiënten nagenoeg gelijk is gebleven.[18] In 2008 is het aantal verwijzingen afgenomen tot 10,8%. Mogelijk is substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg (in dit geval huisartsenzorg) hierbij een grotere rol gaan spelen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat dit in het eerste jaar na invoering van de stelselherziening geen of slechts een bescheiden rol heeft gespeeld. In 2007 vinden zij wel een effect.[19]

Per saldo zien we dat na een toename van het aantal verwijzingen door huisartsen van 2005 tot en met 2007, het aantal verwijzingen in 2008 weer terug lijkt te keren naar het trendmatige niveau. Het is lastig vast te stellen in hoeverre sprake is van een effect van eigen betalingen op het

16 NZa. Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, februari 2009.

17 Om inzicht te verkrijgen in verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten is gebruik gemaakt van CBS gegevens. Het CBS vraagt Nederlanders jaarlijks in de POLS enquête over verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten.

18 Brake, H. Te, Verheij, R., Abrahamse, H. & De Bakker, D. (2007). Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006. Utrecht: NIVEL.

19 Dijk, C.E. van, Verheij, R.A. & De Bakker, D.H. (2008). Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007. Utrecht: NIVEL.

verwijsgedrag van huisartsen doordat gelijktijdig een aantal veranderingen in de bekostigingssystematiek van huisartsen is doorgevoerd die het verwachte effect van eigen betalingen versterken of tegengaan en mogelijk een veel groter effect hebben.

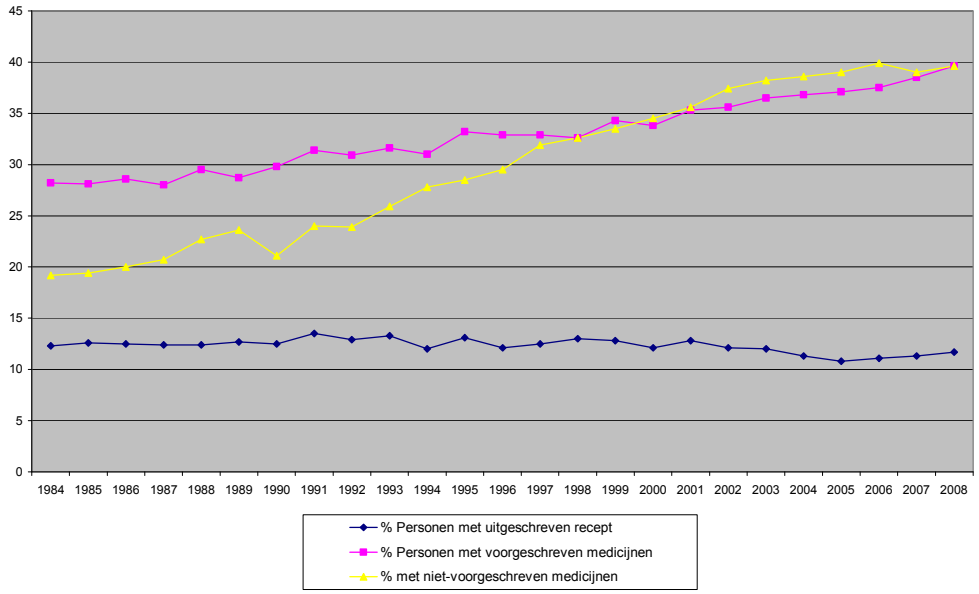
3.3 Gebruik genees- en hulpmiddelen

In deze paragraaf analyseren we het gebruik van genees- en hulpmiddelen. De ontwikkeling in het genees- en hulpmiddelengebruik is interessant omdat in de groepen waarvan wij verwachten dat zij het sterkst zullen reageren op een verplicht eigen risico, namelijk verzekerden met lage zorgkosten, het aandeel van genees- en hulmiddelen in de totale kosten relatief hoog is.[20]

3.3.1 Geneesmiddelen

Ten behoeve van de analyse van het geneesmiddelengebruik kijken we eerst naar het gebruik van geneesmiddelen op de langere termijn. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreert jaarlijks gegevens betreffende het gebruik van uitgeschreven of voorgeschreven geneesmiddelen.[21] Het aandeel personen dat gebruik maakt van geneesmiddelen op basis van een uitgeschreven recept is vanaf 1984 al jaren lang nagenoeg gelijk, tussen de 11% en 13%. Vanaf 2005 is er elk jaar een geleidelijke lichte stijging te zien, de jaren daarvoor (van 2001 tot 2005) daalde het gebruik geleidelijk.

Figuur 3.3 Percentage personen met uitgeschreven, voorgeschreven en niet voorgeschreven (1984 – 2008)



Bron: CBS (bewerking Ecorys).

Het aandeel personen dat voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt is vanaf 1984 van 28,2% gestegen naar 39,6% in 2008. Vanaf 2000 is het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen

20 CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, 25 april 2008.

21 Het CBS registreert deze gegevens sinds 1981 in de gezondheidsenquête. Uitgeschreven medicijnen zijn door het CBS gedefinieerd als percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek een uitgeschreven recept heeft ontvangen. Recepten voor de anticonceptiepil en tijdens ziekenhuisopnamen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Voorgeschreven medicijnen zijn door het CBS gedefinieerd als percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek (een) voorgeschreven geneesmiddel(len) heeft gebruikt. Dit kunnen ook medicijnen zijn die al eerder waren voorgeschreven. De anticonceptiepil en geneesmiddelen tijdens ziekenhuisopnamen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Vanaf 1984 worden de vragen opgenomen met betrekking tot (niet) voorgeschreven recepten.

ieder jaar toegenomen, gemiddeld met 2,0%. In 2008 is het gebruik van dit type geneesmiddelen met 2,9% toegenomen. De stijging komt in alle leeftijdsgroepen voor. Ruim 80% van de personen van 65 jaar en ouder neemt receptgeneesmiddelen in. Verder slikt bijna 42% van de vrouwen een voorgeschreven geneesmiddel en ruim 35% van de mannen. Van de chronisch zieken geeft in 2005 bijna 90% aan een geneesmiddel op recept te gebruiken.[22]

Het percentage mensen dat gebruik maakt van een niet voorgeschreven medicijn is sinds 1984 sterk toegenomen - van minder dan 20% tot bijna 40%. Het is onwaarschijnlijk dat de invoering van het verplicht eigen risico effect zal hebben gehad op het aantal mensen dat gebruik maakt van geneesmiddelen zonder voorschrift (zelfmedicatie). Immers, ongeacht het eigen risico dragen zij de kosten van het gebruik. Opvallend is dat de groei in 2008 lager is dan de jaarlijks gemiddelde groei van 1984 tot en met 2007 (2,3% versus 4,5%).

Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beschikt over gegevens met betrekking tot het feitelijke medicijngebruik vanaf 2004.[23] Opvallend is de sterke toename van het aantal voorschriften in 2008 (zie Tabel 3.1). Deze toename is licht geflatteerd omdat een deel van de toename volgens het SFK is toe te wijzen aan de invoering van een nieuw tariefsysteem per 1 juli 2008. Sindsdien mogen uitgiftes van geneesmiddelen in een weekdoseersysteem ook iedere week in rekening worden gebracht. In het oude tariefsysteem werden uitgiftes via een weekdoseersysteem vanwege afspraken met verzekeraars veelal eens per twee weken gedeclareerd. Deze wijziging heeft geleid tot een toename van het aantal voorschriften. Het daadwerkelijke geneesmiddelengebruik gebruik is ook toegenomen, maar minder sterk dan de stijging van het aantal voorschriften doet vermoeden. De toename van het geneesmiddelengebruik is af te meten aan de toename van het aantal dagdoseringen. Uit een analyse op basis van het GIP blijkt dat de sterke stijging van het aantal dagdoseringen voor de helft is toe te schrijven aan de pakketmaatregel om de leeftijdsbeperking[24] voor vergoeding van de anticonceptiepil op te heffen.

Tabel 3.1 Geneesmiddelengebruik in voorschriften en standaard dagdoseringen (DDD)

	2004*	2005*	2006	2007	2008
Totale kosten (1= 1 mln. euro)	4.293	4.501	4.651	5.065	5.206
Aantal verzekerden	15.921.856	15.946.514	16.230.972	16.276.362	16.358.854
Volume component (1=1000)					
Voorschriften	133.742	139.205	139.573	149.478	171.365
Aantal voorschriften per verzekerde	8,4	8,7	8,6	9,2	10,5
DDD	6.261	6.573	6.943	7.211	8.115
DDD per verzekerde	**0,39**	**0,41**	**0,43**	**0,44**	**0,50**
Prijscomponent					
Kosten per voorschrift (in euro)	32,10	32,33	33,32	33,89	30,38
Kosten per verzekerde (in euro)	270	282	287	311	318

* 2004 – 2005 raming voor ziekenfonds- en particulier verzekerden.
2006 – 2008 raming voor verzekerden volgens de zorgverzekeringswet.
Bron: GIP 2008 (bewerking Ecorys).

[22] Zie: http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o8230n20626.html.
[23] Het GIP publiceerde gegevens voor hulpmiddelen tot 2006 op basis van ca. 10 miljoen ziekenfonds verzekerden, vanaf 2006 publiceert het GIP cijfers van ca 16 miljoen verzekerden conform de Zorgverzekeringswet.
[24] Sinds 2004 werd het gebruik van anticonceptie alleen nog vergoed voor vrouwen tot 21 jaar.

De structurele groei van het geneesmiddelengebruik wordt door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) toegeschreven aan diverse oorzaken:

- demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing);
- toenemend aantal chronisch gebruikers van geneesmiddelen;
- het toelaten van nieuwe middelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket;
- verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie.

De totale uitgaven aan geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren blijven stijgen. Dit is enerzijds toe te schrijven aan de groei van het geneesmiddelengebruik, anderzijds blijkt dat ook de kosten per verzekerde zijn toegenomen. Dat komt omdat er (ondanks de invoering van het preferentiebeleid) steeds nieuwe en duurdere geneesmiddelen op de markt komen. Door de veelvormigheid van externe ontwikkelingen (preferentiebeleid, nieuw tariefsysteem, pakketmaatregelen, etc.) is het moeilijk te beoordelen in hoeverre de ontwikkeling van het geneesmiddelengebruik toe te schrijven is aan de invoering van het verplicht eigen risico in 2008. Op basis van deze analyse kunnen wij geen gedragseffect in het geneesmiddelengebruik aantonen.

3.3.2 Hulpmiddelen

De trendcijfers over hulpmiddelen zijn eveneens afkomstig uit het GIP. De GIP databank is een verzameling gegevens over genees- en hulpmiddelen van het CVZ. De gepresenteerde cijfers hebben betrekking op de totale populatie die verzekerd is op grond van de Zvw.[25]

In Tabel 3.2 worden de ontwikkelingen van het gebruik van hulpmiddelen en de gerelateerde uitgaven weergegeven vanaf 2004. De kosten van hulpmiddelen zijn in 2008 met 5% gestegen tot 1,3 miljard euro. In 2007 deden ruim 2 miljoen mensen een beroep op hulpmiddelen, in 2008 waren dat er ruim 2,2 miljoen, een stijging van 8,5%. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen bijna 1,3 miljard euro, een stijging van 5% in 2008. De gemiddelde kosten per gebruiker liepen iets terug, hetzelfde geldt voor de gemiddelde kosten per declaratie. De gemiddelde kosten per verzekerde namen wel toe. Deze toename en de stijging van de totale uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2008 is vooral te vinden in een toename van het gebruik (volume).

Tabel 3.2 Hulpmiddelenzorg 2006 - 2008

	2004*	2005*	2006	2007	2008
Totale kosten (1= 1 mln. euro)	807	802	1.108	1.219	1.282
Aantal verzekerden	10.155.691	10.128.818	16.230.972	16.276.361	16.358.854
Volume component					
Gebruikers (1=1000)	1.317	1.315	1.941	2.070	2.246
Declaraties (1=1mln)	9,4	9,6	14,8	15,8	17,1
Declaraties per gebruiker	7,2	7,3	7,6	7,6	7,6
Declaraties per verzekerde	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Prijscomponent					
Kosten per gebruiker (in euro)	613	596	571	589	571
Kosten per declaratie (in euro)	85,64	83,81	75,05	76,96	75,18
Kosten per verzekerde (in euro)	79,46	79,19	68,29	74,87	78,37

* 2004 – 2005 raming voor ziekenfondsverzekerden ruim 10 miljoen verzekerden.
2006 – 2008 raming voor verzekerden volgens de zorgverzekeringswet ruim 16 miljoen verzekerden.
Bron: GIP 2008 (bewerking Ecorys).

[25] Zie: www.gipdatabank.nl. De cijfers die hier weergegeven zijn, betreffen voorlopige cijfers van 2008. Recent zijn alle gegevens van 2008 beschikbaar gekomen.

In 2006 is een aantal wijzigingen in het vergoedingenpakket van verzekeraars opgetreden betreffende hulpmiddelen. Zo ging de vergoeding voor een kunstgebit uit het pakket en kwam er een vergoeding voor verbandmiddelen in het pakket. Deze pakketmaatregelen leidden tot lagere hulpmiddelenkosten per gebruiker en verzekerde in 2006. Zowel het aantal gebruikers van hulpmiddelen als het aantal afgehandelde declaraties (door zorgverzekeraars) is in 2007 met ongeveer 7% toegenomen, en in 2008 betrof de toename circa 8%. Per persoon is er geen toename in het gebruik. Het aantal declaraties per persoon is in 2008 ongeveer gelijk aan 2007 en 2006. Er is dus geen stijging in het gebruik op individueel niveau.

Voor wat betreft de prijscomponent blijkt dat de kosten per gebruiker en de kosten per declaratie in 2008 iets lager uitkomen dan in 2007. Dit zou een gevolg van het verplicht eigen risico kunnen zijn, maar volgens de SFK duidt het er op dat zorgverzekeraars scherpere prijsafspraken van hulpmiddelen hebben gerealiseerd bij leveranciers.[26] Het aandeel van beide effecten is niet goed te onderscheiden, hoewel het effect van prijsafspraken op de kosten groter lijkt te zijn dan het effect van het verplicht eigen risico, mede omdat het aantal declaraties per gebruiker gelijk is gebleven. Opvallend is dat het hulpmiddelengebruik op verzekerdenniveau constant is gebleven. Mogelijk heeft een toegenomen prijsbewustzijn als gevolg van de invoering van eigen betalingen hierbij een rol gespeeld.

3.4 Spoedeisende hulp en bemoeizorg

3.4.1 Spoedeisende hulp

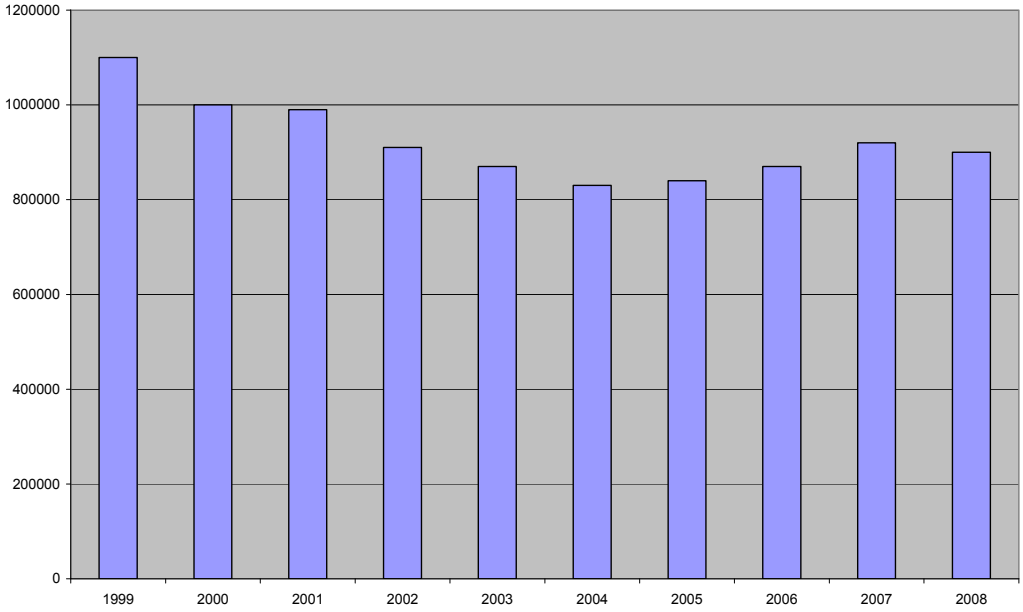
Per saldo is er sprake van een daling in het gebruik van SEH in 2008 na een stijging gedurende een aantal jaren. Het aantal behandelingen als gevolg van letsel, ongeval of automutilatie is in 2008 (90.000) licht afgenomen ten opzichte van 2007 (92.000).[27] Ten opzichte van 2005 en 2006 is het aantal behandelingen in 2008 echter hoger (namelijk 87.000 in 2006 en 84.000 in 2005). Volgens Consument en Veiligheid zijn er veel factoren van invloed op het aantal SEH-behandelingen, zoals richtlijnen en de economische conjunctuur. Deze factoren kunnen een verschillend effect hebben. Een uitspraak over het effect van het instellen van het eigen risico op het aantal SEH-behandelingen kan daarom niet worden gedaan.

---

[26] SFK. Data en feiten 2009. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2009.

[27] Cijfers betreffende het beroep op spoedeisende hulp zijn afkomstig uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid. In het LIS staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of automutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk.

Figuur 3.4 Jaarlijks aantal SEH-behandelingen in verband met letsel, ongeval of automutilatie



Bron: Letsel informatie systeem 1999 – 2008.

3.4.2 *Bemoeizorg*

Bemoeizorg richt zich voornamelijk op de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders. Het zou niet wenselijk zijn als mensen die zorg vermijden het verplicht eigen risico als argument aangrijpen om zorg te weerhouden. Bemoeizorg wordt daarom geborgd buiten de formele zorg. Gemeenten financieren bemoeizorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bemoeizorg leidt wel tot (formele) zorg. In het kader van deze evaluatie zijn telefonische interviews afgenomen bij Bemoeizorg Eindhoven en GGZ Oost Brabant over het effect van de invoering van het verplicht eigen risico op bemoeizorg. Vertegenwoordigers van deze instanties hebben niet vernomen dat er verzekerden zijn geweest die het verplicht eigen risico hebben genoemd als reden om de overgang naar (formele) zorg te mijden.

3.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk hebben wij laten zien hoe de vraag naar zorg zich op geaggregeerd niveau heeft ontwikkeld in de afgelopen jaren. Wij hebben gezocht naar trends in het gebruik van zorg en trendbreuken die optreden als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico in de zorgverzekering. Op basis daarvan blijkt het moeilijk uitspraken te doen over het gedragseffect van het verplicht eigen risico. Het is namelijk niet mogelijk om in een trendanalyse het effect van het verplicht eigen risico te isoleren van andere ontwikkelingen die mede van invloed zijn op de vraag naar zorg, zoals de vergrijzing, pakketwijzigingen en veranderingen in de tariefstructuur. Deze aspecten zijn bovendien de afgelopen jaren sterk in ontwikkeling. Daarom beschrijven we in het volgende hoofdstuk het effect van het verplicht eigen risico *op het laagste aggregatieniveau*, namelijk op het niveau van de verzekerde. Door middel van een econometrische schatting waarbij we de effecten van het verplicht eigen risico isoleren van andere ontwikkelingen die van invloed zijn op de vraag naar zorg, brengen we het gedragseffect in kaart.

4 Analyse van het gedragseffect

4.1 Inleiding

In Nederland wordt gebruik gemaakt van eigen betalingen, waaronder het verplicht eigen risico (zie verder hoofdstuk 8 voor verschillende varianten van eigen betalingen). Doel van het gebruik van eigen betalingen binnen de gezondheidszorg is tweeledig.

1. Een eigen betaling leidt tot een financieringsverschuiving van publiek naar privaat gefinancierde zorg. Dit betekent een grotere eigen verantwoordelijkheid en meer keuzevrijheid in de gezondheidszorg.

Het maximumbedrag van het verplicht eigen risico is lager dan de no-claim, wat betekent dat de financieringsverschuiving lager zal zijn dan onder de no-claim teruggaveregeling. De financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico van 150 euro bedraagt ongeveer 1,3 miljard euro. Bij een verplicht eigen risico van ongeveer 250 euro kan 2 miljard euro privaat worden gefinancierd, een vergelijkbaar bedrag als met de no-claim teruggaveregeling. De eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling gaat uit van een financieringsverschuiving van 1,9 miljard euro.[28]

2. Anderzijds is het doel van eigen betalingen het beïnvloeden van de vraag naar zorg, vooral het afremmen van niet noodzakelijke zorg (gedragseffect).

Omdat *verzekerden* minder prikkels hebben om hun zorgvraag te beperken, kan er sprake zijn van overconsumptie van niet noodzakelijke zorg.[29] Door een eigen betaling in te voeren betalen verzekerden (een deel van) de zorg zelf en gebruiken zij mogelijk minder vaak zorg. Daarnaast kan de inzet van eigen betalingen leiden tot een groter besef ten aanzien van zorgkosten. Hierdoor zullen verzekerden zich kostenbewuster gedragen. Dit wordt gezamenlijk het gedragseffect genoemd.[30] Een mogelijk nadeel van eigen betalingen is dat verzekerden afzien van zorg die wel noodzakelijk is. In dat geval kan een eigen betaling negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid. Tevens kunnen eigen betalingen mogelijk de toegankelijkheid van zorg beperken en verschillende gevolgen hebben voor gezonde en ongezonde mensen. De mate waarin deze effecten zullen optreden hangt samen met de vormgeving van de regeling.[31]

Aan de hand van een econometrische analyse brengen wij de omvang van het gedragseffect van het verplicht eigen risico in kaart. Deze analyse bestaat uit een beschrijvend deel en een econometrische schatting.

---

28 Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006.

29 Deze overconsumptie als gevolg van de afwezigheid van vraagbeperkende prikkels (ex-post), wordt in de economische literatuur ook wel moral hazard genoemd.

30 Ook wel aangeduid als remgeldeffect.

31 Ministerie van VWS. Eigen betalingen in perspectief. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag, 2001.

De **beschrijvende analyse** laat de ontwikkeling van de zorgkosten zien voor en na de invoering van het verplicht eigen risico en bouwt voort op de analyse zoals die is uitgevoerd in het kader van de eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling.[32] Daarbij gaan we in op de volgende vragen:

1. Welke verzekerden betalen (een deel van) de zorg die zij ontvangen zelf en wat is de omvang van de eigen betaling? Hier komt de omvang van de financieringsverschuiving naar voren;
2. Wat is de invloed van eigen betalingen op de zorgconsumptie? Bij welke groepen verzekerden is een verandering in de zorgconsumptie te zien en bij welke vormen van zorg vindt deze plaats?

Het **econometrische gedeelte** brengt het gedragseffect van het verplicht eigen risico in beeld, door veranderingen in zorgconsumptie als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico te analyseren. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen verschillende groepen verzekerden en ook wordt het effect per zorgvorm bekeken. In bijlage 2 is de methodologie van de econometrische analyse nader beschreven.

In de volgende paragraaf beschrijven we de belangrijkste resultaten van bestaand onderzoek naar het gedragseffect (zie ook bijlage 1 voor een beknopt overzicht). Daarna worden de uitkomsten van de beschrijvende analyse en van de analyse naar het gedragseffect gepresenteerd. Op basis van de bevindingen geven we tot slot onze conclusies met betrekking tot de omvang van het gedragseffect.

4.2 Gedragseffecten eigen betalingen zorg – een overzicht van de literatuur

4.2.1 Het RAND experiment

Het RAND experiment is een onderzoek dat geldt als de ‘gouden standaard’ op het terrein van de effecten van eigen betalingen op de vraag naar zorg. In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw heeft RAND een grootschalig experimenteel onderzoek uitgevoerd naar de effecten van eigen betalingen op de gezondheid. Deelnemende gezinnen kregen een zorgverzekering zonder hiervoor een premie te betalen. De dekking van de verzekering omvatte vrijwel alle vormen van medische zorg en was voor alle deelnemers gelijk. De eigen betalingen waren echter verschillend. De belangrijkste uitkomsten van het experiment zijn samengevat in verschillende overzichtsartikelen[33] en betreffen:

- Prijselasticiteit van de vraag naar zorg ligt tussen -0.17 en -0.22;
- Voor extramurale zorg geldt een iets hogere elasticiteit dan voor intramurale zorg, namelijk tussen -0.17 en -0.31;
- Er is geen verschil in gedragseffect voor ‘effectieve’ zorg en ‘ineffectieve’ zorg;
- Er zijn geen aanwijzingen gevonden dat substitutie een belangrijke rol speelt;
- De effecten van eigen betalingen zijn groter voor verzekerden met een laag inkomen.

Een belangrijk onderdeel van het RAND experiment is dat ook is gekeken naar deeleffecten van eigen betalingen op de gezondheid van verzekerden. Er werd echter geen effect gevonden.

4.2.2 Effecten van vrijwillig versus verplicht eigen betalingen

Het meeste onderzoek dat is uitgevoerd rondom eigen betalingen heeft tot dusver veelal betrekking op de gedragseffecten van een *vrijwillig* eigen risico. De opvatting heerst dat er bij een vrijwillig eigen risico sprake is van selectiebias. Dat wil zeggen dat de verzekerden die voor een vrijwillig

[32] APE, Eindevaluatie van de no-claimteruggaveregeling, 2007.
[33] Bijvoorbeeld Zweifel en Manning (2000), Moral hazard and consumer incentives in health care.

eigen risico kiezen, vaak gezond zijn en weinig zorgkosten maken. Dit heeft gevolgen voor de vergelijkbaarheid met de gedragseffecten van een verplicht eigen risico. Een onderzoek betreffende de keuze van Nederlanders voor een vrijwillig eigen risico vindt echter geen verband tussen gezondheidsstatus of verwachte zorgvraag en het vrijwillig eigen risico. Inkomen en leeftijd vormen betere indicatoren voor de keuze van een vrijwillig eigen risico. De hoogte van het vrijwillig eigen risico naar leeftijd heeft volgens het onderzoek een U-vorm met een minimum rond de leeftijd van 53/54 jaar.[34] Bakker en van Vliet (1995) concluderen in hun onderzoek echter het tegenovergestelde. Zij laten in hun onderzoek zien dat er wel degelijk een selectie-effect is voor het vrijwillig eigen risico.[35]

4.2.3 Effecten eigen betalingen: eerdere schattingen

In Nederland zijn eerder schattingen gemaakt over gedragseffecten en kostendalingen. Need (1992) onderzocht de effecten van het invoeren van een eigen risico in het ziekenfonds. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen de invoering van een vrijwillig eigen risico en een verplicht eigen risico. Om het gedragseffect van een eigen risico te schatten, is de relatie onderzocht tussen de hoogte van het eigen risico en zorggebruik bij particulier en ziekenfondsverzekerden gebaseerd op de gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uit 1989. Hierbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheidsstatus. Het gedragseffect bij de invoering van een verplicht eigen risico tussen 114 en 227 euro werd geschat tussen 3,0 en 3,3%. In het geval van een vrijwillig eigen risico is er uitgegaan van een keuze voor een eigen risico gelijk aan die van particulier verzekerden. Een vrijwillig eigen risico van maximaal 227 euro zou de zorgkosten met 1,4% terugbrengen.[36] Dit zijn echter geaggregeerde resultaten, waarbij slechts een deel van de populatie voor een vrijwillig eigen risico zal kiezen. Door Van Tulder & Bruyns (1995) werd bij de invoering van een verplicht eigen risico van 89 euro een daling in zorgkosten tussen 0,4 en 1,1% geschat. De relatie tussen de hoogte van een eigen risico en zorggebruik werd op zelfde wijze berekend als door Need (1992). Zij gebruikten hier echter de gezondheidsenquête van 1991 voor. Hierna werd de daling van zorgkosten berekend onder verschillende scenario's. Het scenario waarbij ook de huisarts onder het verplicht eigen risico valt, liet een kostendaling zien die twee keer zo groot was dan de kostendaling in het scenario waarbij de huisarts niet onder het eigen risico viel.[37]

4.2.4 Effecten van eigen betalingen voor verschillende typen zorg

Uit onderzoek blijkt dat de prijselasticiteit voor zorgvormen verschilt. Een onderzoek uit 2004 onder particulier verzekerden in Nederland laat zien dat de gemiddelde prijselasticiteit in het geval van een vrijwillig eigen risico[38] rond de -0,14 en -0,17 ligt.[39] Echter, een verhoging van het vrijwillig eigen risico laat geen significant gedragseffect zien voor tandarts- en ziekenhuiszorg, terwijl voor huisartsenbezoek een prijselasticiteit van -0,4 wordt gevonden. Voor fysiotherapie wordt een prijselasticiteit van -0,3 gevonden. Ten aanzien van eigen betalingen voor geneesmiddelen wordt

---

34 H. van Ophem, P. Berkhout (2009), The deductible in health insurance: do the insured make a choice based on the arguments as intended by the policy makers?, Amsterdam School of Economics, Department of Quantitative Economics, Universiteit van Amsterdam: November 2009.

35 F.M. Bakker, R.C.A.J. van Vliet (1995), The introduction of deductibles for prescription drugs in a national health insurance: compulsory or voluntary?, Health Policy 31, p. 63-65.

36 A. Need, R.A.G. van Puijenbroek, F.P. van Tulder (1992), Het plan-Simons en het eigen risico, Economische Statische Berichten, vol.77, p.968-972.

37 F.P. van Tulder, A. Bruyns (1995), Eigen risico in de gezondheidszorg, Economische Statische Berichten, vol.80, p.445-449.

38 Hierbij is gecorrigeerd voor selectie-effecten.

39 R.C.J.A. van Vliet (2004), Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data, International Journal of Health Care Finance and Economics 2004, vol. 4, p. 183-305, Kluwer Academic Publishers: United States.

op basis van onderzoek in Canada een prijselasticiteit gevonden tussen de -0,10 en -0,20.[40] Een onderzoek van Van de Voorde, Van Doorslaer & Schokkaert (2001) geeft een prijselasticiteit tussen de -0,28 en -0,39 voor huisbezoeken en tussen de -0,12 en -0,16 voor praktijkbezoeken van de huisarts.[41] Chandra, Gruber & McKnight (2007) laten zien dat voor huisartsbezoek *door ouderen* een prijselasticiteit geldt tussen -1,38 en -1,90.[42] De prijselasticiteit van medicijngebruik *door ouderen en patiënten met reumatoïde artritis* ligt tussen de -0,11 en de -0.20.[43,44] Voor de geestelijke gezondheidszorg vinden Ellis & McGuire een prijselasticiteit tussen de -0,3 en -0,4.[45] Gerfin en Schellhorn (2005) hebben het effect van eigen betalingen op het huisartsbezoek in de basisverzekering in Zwitserland onderzocht. [46] Zij vinden een negatief effect van eigen betalingen op het huisartsbezoek.

De analyse laat zien dat de geobserveerde verandering van eigen betalingen op het zorggebruik wordt veroorzaakt door een verandering in gedrag en niet door een selectie-effect.

4.2.5 *Gedragseffect van het verplicht eigen risico: berekeningen van het Centraal Planbureau*

De omvang van het gedragseffect van eigen betalingen binnen de Zvw is al een aantal jaren onderwerp van discussie. Bij de invoering van de no-claim teruggaveregeling in 2004 heeft het CPB een inschatting gemaakt van het gedragseffect.[47] Dit zou bij een maximale eigen bijdrage van 250 euro per verzekerde per jaar totaal ruim 300 miljoen euro bedragen. Onder andere naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling heeft het CPB in 2006 het gedragseffect naar beneden bijgesteld op 150 miljoen euro.[48] In 2008 heeft het CPB het gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw op basis van aanvullende berekeningen verder naar beneden bijgesteld van ongeveer 150 miljoen euro naar 60 tot 100 miljoen euro.[49] [50]

Discussie rond doorrekening CPB

Recentelijk is de analyse van het CPB door andere onderzoekers bediscussieerd. Het CPB gebruikt bij de analyse van het gedragseffect de prijselasticiteit zoals Van Vliet (2004) deze eerder

---

40 P. Contoyannis, J. Hurley, P. Grootendorst, S-H. Jeon, R. Tamblyn (2005), Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Health Economics 2005, vol/14:p. 909-923.

41 C. van de Voorde, E. van Doorslaer, E. Schokkaert (2001), Effects of cost sharing on physician utilisation under favourable conditions for supplier-induced demand, Health Economics, vol. 10, nr. 5.

42 A. Chandra, J. Gruber, R. McKnight (2007), Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health Insurance for elderly, Working paper 12972, National Bureau of Economic Research, March 2007.

43 X.Li, D.Guh, D. Lacaille, J. Esdaile, A. Anis (2007), The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by the elderly: Own- and cross price elasticities. Health policy, 2007, vol. 82, p.340-347.

44 P. Contoyannis, J. Hurley, P. Grootendorst, S-H. Jeon, R. Tamblyn (2005), Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec, Health Economics 2005, vol/14:p.909-923.

45 R. Ellis, T.McGuire, Cost sharing and Patterns of Mental Health Care Utilization, Journal of Human Resources, 1996, vol. 21(3), p. 359-379.

46 Gerfin, M., Schellhorn, M. (2005). Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits - Swiss Evidence, IZA Discussion Paper No. 1616.

47 CPB notitie, Het effect van invoering van eigen betalingen in de ZFW, 7 oktober 2004. Bij het bepalen van het gedragseffect voor de no-claim is verondersteld dat dit ongeveer twee derde is van dat van een verplicht eigen risico omdat verzekerden achteraf worden geconfronteerd met hun uitgaven aan zorg.

48 Keuzes in kaart 2008-2011; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's. Den Haag, Centraal Planbureau, oktober 2006.

49 Hierbij is uitgegaan van meer gedetailleerde data over de verdeling van zorguitgaven over de verzekerden. Daarnaast is een andere functie voor de zorgvraag gehanteerd en is een meer gedetailleerd onderscheid gemaakt in de prijsgevoeligheid tussen de verschillende zorgvormen. In de eerdere berekeningen werd alleen een onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische zorg. Ook werd in eerdere berekeningen geen rekening gehouden met het feit dat de huisarts is uitgesloten van het verplicht eigen risico: CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: 25 april 2008.

50 In de publicatie 'Keuzes in Kaart' van het CPB wordt het gedragseffect in 2015 op 0,2 miljard euro geschat. Hierbij is uitgegaan van een verplicht eigen risico van 210 euro.

heeft berekend. Van de Ven en Schut[51] stellen dat het CPB deze prijselasticiteit niet goed heeft toegepast. Niet alle groepen reageren op dezelfde wijze op eigen betalingen. Slechts van een beperkt aantal groepen wordt verwacht dat zij hun zorggebruik beperken. De prijselasticiteit waarmee het CPB werkt is een *gemiddelde* prijselasticiteit van remmers en niet-remmers. In de analyse wordt echter alleen de groep die verwacht wordt te remmen in beschouwing genomen. Voor de groep remmers is de prijsgevoeligheid echter hoger dan gemiddeld. Hierdoor wordt het gedragseffect onderschat. Het CPB stelt in een reactie dat er bewust een lagere prijsgevoeligheid is gebruikt in de analyse omdat het gedragseffect van andere maatregelen zoals de no-claim teruggaveregeling en eigen bijdrage gering zijn gebleken. Daarnaast brengt het berekenen van prijselasticiteit veel methodologische moeilijkheden met zich mee. De prijsgevoeligheid is bijvoorbeeld geschat op basis van boogelasticiteit – dat wil zeggen dat de elasticiteit is berekend op basis van een grote verandering in eigen betaling – hierdoor is het moeilijk gedragseffecten te meten bij een laag eigen risico. Bovendien was er sprake van een ander pakketregime en een andere pakketafbakening toen de prijselasticiteit werd gecalculeerd. De prijselasticiteit is berekend onder verzekerden met een hoog inkomen, onder de 65 jaar, met een particuliere verzekering. Het gaat dus om een specifieke groep. Daarnaast is de elasticiteit berekend op basis van een vrijwillig eigen risico. Bij de eerdere berekening van de elasticiteit is getracht te corrigeren voor deze factoren, maar onzekerheid bij de inschatting van de prijsgevoeligheid blijft. Het CPB geeft aan dat deze onzekerheid het gebruik van eerder berekende prijselasticiteiten voor het berekenen van het gedragseffect bemoeilijkt. Het feit dat huisartsenzorg ook meegenomen is bij het schatten van de elasticiteiten kan zorgen voor verschillen tussen het destijds geschatte en het werkelijke effect. Hetzelfde geldt voor een grotere algemene koopkracht. Kortom, het is erg lastig om prijselasticiteiten berekend onder andere omstandigheden één-op-één toe te passen op de analyse naar het gedragseffect van het verplicht eigen risico.[52]

4.2.6 Huidig onderzoek: een natuurlijk experiment

De schatting van het gedragseffect die wij hanteren in dit evaluatieonderzoek verschilt met bovenstaande onderzoeken in twee opzichten. Ten eerste is onze schatting gebaseerd op een natuurlijk experiment omdat gebruik wordt gemaakt van de invoering van het verplicht eigen risico in een bepaald jaar en vanaf een bepaalde leeftijd om een behandelings- en controlegroep te definiëren, zonder enige selectie. Daarmee kan het gezien worden als een nabootsing van een zuiver experiment, zoals het RAND-experiment. Omdat het een nabootsing is, zitten er enkele onzuiverheden in de schattingen die naar voren komen in paragraaf 4.4. Een tweede belangrijk verschil is dat de resultaten gebaseerd zijn op Nederlandse administratieve data die de gehele populatie betreffen. Daarmee is het dus een empirisch onderzoek onder de juiste doelgroep, waardoor het verschilt van onderzoeken die gehouden zijn *in het buitenland*, onderzoeken die gehouden zijn *onder specifieke groepen* binnen de Nederlandse samenleving (bijvoorbeeld particulier verzekerden) en onderzoeken die niet of deels gebaseerd zijn op empirie maar op *modelschattingen*, waarbij bepaalde (in het geval van de CPB berekening: eerder berekende) prijselasticiteiten worden verondersteld.

---

[51] Ven, W. van de, E. Schut (2010), Is de zorgverzekeringswet een succes?, TPEdigitaal, Jaargang 4 nr.1.

[52] Douven, R. Mannaerts, H. (2010). Remgeldeffecten van het verplichte eigen risico in de Zvw, TPEdigitaal, Jaargang 4 nr. 2.

4.3 Wie betaalt zelf voor zorg? – een beschrijvende analyse

Via een beschrijvende analyse bekijken we hoe het verplicht eigen risico uitpakt ten opzichte van de no-claim teruggaveregeling voor verschillende groepen verzekerden.[53] Op deze manier kunnen we een vergelijking maken tussen beide vormen van eigen betalingen.

In de analyse beantwoorden we de volgende vragen:

1. Welke verzekerden betalen (een deel van) de zorg die zij ontvangen zelf en wat is de gemiddelde omvang van de verplicht eigen betaling?
2. Wat is de omvang van de financieringsverschuiving?
3. Wat is de invloed van verplichte eigen betalingen op de zorgconsumptie?
    a. Bij welke groepen verzekerden is een verandering in de zorgconsumptie te zien; en
    b. bij welke vormen van zorg vindt dit plaats?

Door aan te haken bij de analyse van de no-claim teruggaveregeling kunnen we bovendien een vergelijking maken met de periode vóór de invoering van de no-claim teruggaveregeling. Een belangrijk verschil tussen beide regelingen was dat de no-claim teruggave in de premie was verwerkt. Verzekerden betaalden vooraf en kregen achteraf hun no-claim indien van toepassing terug. Bij het verplicht eigen risico betaalt de verzekerde de zorg zelf. Dit verschil komt bijvoorbeeld tot uiting in het gedragseffect dat is gebruikt bij de doorrekening door het CPB. Voor de no-claim is een lager effect verondersteld.

In de presentatie hebben we ervoor gekozen om het bedrag van de no-claim teruggave om te zetten naar een eigen betaling om zo de vergelijking met het verplicht eigen risico voor de lezer te vereenvoudigen. Bijvoorbeeld: verzekerden die geen gebruik hebben gemaakt van zorg hebben een maximale no-claim teruggave van 255 euro. De eigen betaling voor deze verzekerde is gelijk aan 0 euro.

In de analyse maken we gebruik van declaratiegegevens op verzekerdenniveau van 2007 en 2008. Doordat de curatieve GGZ per 1 januari 2008 is overgeheveld naar de Zvw, zijn hiervan geen gegevens beschikbaar. In bijlage 3 geven we een korte beschrijving van deze bestanden. Daarnaast bespreken we in deze bijlage hoe we het bedrag van de eigen betaling hebben berekend. Ten slotte geven we een overzicht van de pakketwijzigingen in 2007 en 2008 die invloed hebben gehad op de kostenontwikkeling en relevant zijn voor onze analyse.

4.3.1 Gebruik eigen betalingen

In deze paragraaf bekijken we in hoeverre het verplicht eigen risico verschillend uitpakt voor bepaalde groepen verzekerden. Daarnaast bekijken we of in vergelijking met de no-claim teruggaveregeling sprake is van een verschuiving. Zijn bepaalde groepen door het verplicht eigen risico in relatieve zin meer of minder gaan bijdragen aan de zorgconsumptie?

[53] De analyse in dit hoofdstuk haakt aan bij de analyse die is uitgevoerd in het kader van de eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling. De analyse had betrekking op de jaren voor en na de invoering van de no-claim teruggave regeling, namelijk 2004 en 2005. Ten opzichte van de analyse in de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling hebben wij meer gedetailleerde gegevens beschikbaar over de kosten van zorg. Wij kunnen bijvoorbeeld onderscheid maken in kosten van paramedische zorg, verloskunde, kraamzorg en huisartsenzorg en farmaciekosten. Daarnaast beschikken we nu over gegevens van alle verzekerden, terwijl de eerdere analyses alleen gebaseerd waren op de groep (voormalige) ziekenfondsverzekerden. Bron APE, Eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling, 2007.

We presenteren een aantal tabellen waarin we gebruik onderscheiden naar geslacht, leeftijd en sociaal economische situatie van verzekerden. We laten telkens zien welk deel van de verzekerden in 2008 geen zorgkosten heeft gehad binnen het verplicht eigen risico (0 euro), het deel dat minder (0-150 euro) en het deel dat meer dan 150 euro zorgkosten heeft gehad. Om de vergelijking met de no-claim teruggaveregeling te kunnen maken, hebben we de verzekerden verder onderverdeeld in een deel met zorgkosten tussen 150-255 euro en een deel met zorgkosten hoger dan 255 euro.

We vergelijken dit met de groep die in 2007 in aanmerking is gekomen voor een volledige of gedeeltelijke no-claim teruggave. In Tabel 4.1 zien we het aandeel verzekerden naar leeftijd en geslacht dat zelf meebetaalt aan de zorgconsumptie onder de no-claim teruggaveregeling en het verplicht eigen risico.

Tabel 4.1 Hoogte eigen betaling verzekerden ouder dan 18 jaar naar leeftijdsklasse en geslacht in 2007 en 2008

Leeftijd en geslacht	No claim teruggaveregeling				Verplicht eigen risico			
	0 euro (in %)	0-150 euro (in %)	150-255 euro (in %)	> 255 euro (in %)	0 euro (in %)	0-150 euro (in %)	150-255 euro (in %)	> 255 euro (in %)
Mannen								
18-24	33,2	35,5	7,0	24,3	33,7	35,6	6,0	24,7
25-44	29,8	33,8	7,0	29,4	29,5	34,3	6,5	29,8
45-64	17,2	24,4	6,7	51,6	17,1	24,7	6,6	51,7
65+	5,5	8,9	4,2	81,4	5,2	9,0	4,3	81,5
Totaal	**21,7**	**26,5**	**6,4**	**45,3**	**21,2**	**26,6**	**6,1**	**46,1**
Vrouwen								
18-24	11,3	40,7	10,1	37,9	5,8	44,3	10,3	39,6
25-44	13,4	31,7	8,8	46,1	8,1	34,2	9,3	48,3
45-64	10,5	23,0	7,9	58,6	9,4	23,1	8,0	59,5
65+	4,5	8,0	4,4	83,2	4,2	8,0	4,5	83,3
Totaal	**10,2**	**24,6**	**7,7**	**57,5**	**7,5**	**25,7**	**7,9**	**58,9**

Vrouwen maken vaker gebruik van zorg dan mannen. Ruim 21% van de mannen en 7,5% van de vrouwen maakt geen gebruik van zorg en betaalt dus geen eigen risico in 2008. Naarmate de leeftijd toeneemt, stijgt het aandeel verzekerden dat gebruik maakt van zorg en in de kosten van zorg bijdraagt. Bijvoorbeeld, bij mannen tussen 18 en 24 jaar betaalt 31% het volledige verplicht eigen risico van 150 euro (2008). Bij mannen van 65 jaar en ouder bedraagt dit bijna 86%. Het verschil tussen mannen en vrouwen daalt naarmate de leeftijd toeneemt.

Omdat de grens voor het verplicht eigen risico lager is dan voor de no-claim teruggaveregeling (150 euro tegenover 255 euro), neemt het aandeel verzekerden dat de volledige eigen bijdrage betaalt toe van 45% naar 52% voor mannen en bij vrouwen van 57% naar 65%. Het aandeel verzekerden met zorgkosten hoger dan 150 euro blijft echter min of meer constant, 52% bij mannen en 65% bij vrouwen.

Een vergelijking met de situatie voor de invoering van de no-claim teruggaveregeling laat geen grote verschuivingen zien (zie Tabel 4.2). In totaal betaalde ruim 52% van de verzekerden in 2005 de volledige no-claim van 250 euro. Ook binnen de leeftijdsgroepen zijn geen grote verschuivingen te zien.

Werkenden en verzekerden met hoog inkomen hebben lagere eigen betaling

Tabel 4.2 geeft inzicht in de werking van het verplicht eigen risico voor twee indicatoren die inzicht geven in de sociaal economische status van de verzekerde, namelijk de aard van het inkomen en de hoogte van het inkomen.[54]

Tabel 4.2 Hoogte eigen betaling naar sociaal economische klasse in 2007 en 2008

Eigen betaling	No-claim teruggaveregeling				Verplicht eigen risico			
Sociaal economische klasse	0 euro (in %)	0-150 euro (in %)	150-255 euro (in %)	> 255 euro (in %)	0 euro (in %)	0150 euro (in %)	150-255 euro (in %)	> 255 euro (in %
Aard inkomen								
Loondienst*	19,8	31,7	8,0	40,6	17,4	32,2	7,9	42,5
Arbeidsongeschikt*	7,6	13,0	5,4	74,0	7,1	13,1	5,5	74,4
Bijstand*	11,1	20,0	7,5	61,3	10,0	20,5	7,5	62,0
WW*	13,9	24,7	7,8	53,6	12,4	24,6	7,6	55,4
Zelfstandig*	22,6	32,4	7,8	37,2	20,5	32,8	7,5	39,2
65-plus	5,0	8,6	4,3	82,1	4,5	8,2	4,3	82,9
Hoogte inkomen**								
Laag inkomen	15,1	26,5	7,1	51,3	13,5	27,5	7,1	51,9
Middel inkomen	14,7	24,7	6,9	53,8	13,2	25,3	6,8	54,7
Hoog inkomen	17,9	26,5	7,4	48,2	15,7	26,7	7,3	50,3
Totaal	**15,9**	**25,5**	**7,1**	**51,5**	**14,2**	**26,1**	**7,0**	**52,7**

Bron: Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys), * = 18-64 jaar en ** - hoogte inkomen gebaseerd op indeling 2008.

De uitkomsten naar de *aard van het inkomen* betreft alleen verzekerden tussen 18 en 64 jaar gezien de arbeidsparticipatie. De resultaten laten grote verschillen zien in de hoogte van de eigen betaling tussen groepen. Het aandeel werknemers en zelfstandigen dat 150 euro verplicht eigen risico betaalt is respectievelijk 50,4% en 46,2%. Voor arbeidsongeschikten ligt dit percentage op bijna 80% en voor bijstandsgerechtigden geldt dat 69,5% een volledige eigen risico betaalt.

Door de overgang van de no-claim teruggaveregeling naar het verplicht eigen risico is het aandeel verzekerden met zorgkosten hoger dan het maximumbedrag aan eigen betalingen toegenomen. Dit betreft vooral verzekerden met zorgkosten tussen de 150 en 255 euro. Per saldo zien we geen grote verschuivingen in de verdeling van de zorgkosten over verzekerden en de aard van hun inkomen. Ook ten opzicht van de situatie voor de invoering van de no-claim teruggaveregeling zien we geen grote verschillen (zie Tabel 4.2).

De *hoogte van het inkomen* heeft minder effect op de zorgconsumptie. Wij zien dan ook minder grote verschillen in het gebruik van het eigen risico. Zowel verzekerden met hoge als met lage inkomens zijn geneigd in iets mindere mate het volledige eigen risico te gebruiken. Onder de hoge inkomens is de groep zonder zorgkosten iets groter dan in de andere twee groepen.

Vooral vrouwen, ouderen, verzekerden met een uitkering en in minder mate verzekerden met een laag of middelinkomen maken meer gebruik van zorg en betalen daarom ook meer zelf bij aan de zorg.

[54] De hoogte van het inkomen is ingedeeld naar hoog, middel en laag inkomen. Dit is gebaseerd op declaratiegegevens van zorgverzekeraars. Wij beschikken niet over een nadere specificatie van deze inkomens. Zie ook hoofdstuk 5.

4.3.2 *Financieringsverschuiving daalt met ruim een half miljard tot 1,26 miljard euro*

Een eigen betaling leidt tot een financieringsverschuiving van publiek naar privaat gefinancierde zorg. De veronderstelling was dat de financieringsverschuiving lager zou uitvallen onder het verplicht eigen risico vanwege de lagere maximum eigen betaling in vergelijking met de no-claim teruggaveregeling (150 versus 255 euro). Daarentegen ging men uit van een groter gedragseffect onder het verplicht eigen risico.

Tabel 4.3 laat de omvang van de financieringsverschuiving zien voor het verplicht eigen risico (2008) en de jaren 2005 en 2007 waarin de no-claim teruggaveregeling gold. Door de verhoging van het maximumbedrag van de eigen betaling onder de no-claim teruggaveregeling van 250 naar 255 euro en de toename van de zorguitgaven, nam de totale financieringsverschuiving zoals wij die hebben berekend tussen 2005 en 2007 toe van 1,79 miljard euro naar 1,83 miljard euro. De invoering van het verplicht eigen risico betekent een daling van de financieringsverschuiving met ruim een half miljard euro tot 1,26 miljard euro.

Tabel 4.3 Gemiddeld bedrag eigen betaling in euro naar leeftijd en geslacht in 2005, 2007 en 2008

Leeftijd en geslacht	No-claim teruggaveregeling 2005	No-claim teruggaveregeling 2007	Verplicht eigen risico 2008
Mannen	**140**	**143**	**94**
18-24 jaar	90	93	64
25-44 jaar	103	105	72
45-64 jaar	158	158	101
65 jaar en ouder	215	222	135
Vrouwen	**172**	**177**	**117**
18-24 jaar	134	141	103
25-44 jaar	147	153	108
45-64 jaar	176	179	116
65 jaar en ouder	220	227	137
Totaal (in euro)	**157**	**160**	**106**
Totaal (in mld euro)	**1,79**	**1,83**	**1,26**

Bron: 2007 en 2008 - Analysebestanden declaratiegegevens zorgverzekeraars (bewerking Ecorys), 2005 – APE.

Bovenstaande tabel toont ook de hoogte van de eigen betaling naar leeftijd en geslacht. Het bedrag dat verzekerden gemiddeld zelf betalen, neemt toe met leeftijd. Dit patroon hangt samen met gezondheidsverschillen tussen de leeftijdsgroepen. De eigen betaling van mannen is lager dan voor vrouwen omdat mannen vaker niets of slechts een gedeelte zelf betalen. Het verschil tussen mannen en vrouwen daalt als de leeftijd stijgt. Gemiddeld bedraagt de eigen betaling onder de no-claim teruggaveregeling 157 en 160 euro. Onder het verplicht eigen risico is de eigen bijdrage gedaald naar 106 euro.

4.3.3 *Kostenontwikkeling 2007 naar 2008*

Hoewel beide regelingen voor eigen betalingen hetzelfde beogen, is er een aantal verschillen. Zoals hierboven al opgemerkt kende de no-claim teruggaveregeling een hogere eigen betaling dan het verplicht eigen risico. Daarnaast werd de eigen betaling in geval van de no-claim teruggaveregeling vooraf gedaan via een premieverhoging. Verzekerden die geen gebruik maakten van zorg kregen deze weer (gedeeltelijk) terug. Bij het verplicht eigen risico betalen verzekerden

nadat ze gebruik hebben gemaakt van zorg. In welke mate deze verschillen een effect zullen hebben op de vraag naar zorg is op voorhand niet aan te geven.

Als verzekerden op de hoogte zijn van de verandering in hoogte van de eigen betaling en gevoelig zijn voor de prijsprikkel, verwachten we juist in het gebied tussen 150 en 250 euro een verandering in de zorguitgaven. In deze groep zullen meer verzekerden proberen hun uitgaven aan te passen. In Tabel 4.4 laten we de verdeling van de zorgkosten zien tussen 2007 en 2008. Het betreft alleen de kosten die relevant zijn voor de bepaling van de eigen betaling. Uitgaven aan huisartsenzorg, kraamzorg en verloskunde zijn bijvoorbeeld buiten beschouwing gelaten.

Tabel 4.4 Ontwikkeling kosten onder de verplichte eigen betaling tussen 2007 en 2008

Kosten	0 euro	1-150 euro	150-255 euro	255-500 euro	500-1500 euro	> 1500 euro	Totaal
0 euro	7,3	5,1	0,7	0,9	0,9	1,0	15,9
1-150 euro	4,2	12,1	2,1	2,3	2,6	2,2	25,5
150-255 euro	0,6	2,3	1,1	1,1	1,1	0,9	7,1
255-500 euro	0,7	2,2	1,3	2,4	2,3	1,6	10,5
500 – 1500 euro	0,8	2,3	1,1	2,6	7,2	4,9	18,8
> 1500 euro	0,5	1,4	0,6	1,2	4,4	14,0	22,2
Totaal	**14,0**	**25,5**	**6,9**	**10,4**	**18,5**	**24,7**	**100,0**

De tabel laat zien dat de kosten per verzekerde van jaar op jaar sterk verschillen. Verzekerden verschuiven van de laagste kostenklasse naar de hoogste kostenklasse en omgekeerd. Dat neemt niet weg dat een groot deel van de verzekerden zich in beide jaren in dezelfde of in een nabijgelegen kostenklasse bevindt. Op het eerste oog zijn geen grote veranderingen te zien. Als de no-claim teruggaveregeling ook in 2008 van toepassing zou zijn geweest, zou 48,5% van de verzekerden over 2008 een gedeeltelijke of volledige teruggave van de no-claim hebben ontvangen. In 2007 betrof dit 46,4%.[55] Ongeveer 16% zou in aanmerking zijn gekomen voor een volledige teruggave terwijl dit in 2007 14% bedroeg.

In de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling werd op basis van een vergelijkbare analyse ook geen aantoonbaar effect gevonden van de invoering van de no-claim teruggaveregeling op het zorggebruik.[56] Wel nam het aandeel verzekerden met zorgkosten lager dan 255 euro tussen 2004 en 2005 toe van 46,5% naar 52,8%.

Tabel 4.5 Zorgkosten in 2008 voor de groep verzekerden met uitgaven tussen 150 en 255 euro in 2007 naar verzekerdenkenmerken (in procenten)

	Minder dan 150 euro	150-255 euro	Meer dan 255 euro
Totaal	**41,7**	**15,2**	**43,1**
Geslacht			
Mannen	47,6	13,9	38,5
Vrouwen	37,0	16,2	46,7
Aard inkomen			
Loondienst	44,7	14,6	40,7
Arbeidsongeschikt	33,1	17,1	49,9
Bijstand	36,5	15,5	48,1

[55] Dit cijfer wijkt enigszins af van het cijfer dat is gepresenteerd in Tabel 4.1 omdat in deze tabel alleen personen zijn opgenomen die in 2007 en 2008 in het bestand zaten. Overledenen vallen hier buiten.

[56] APE (2007), Eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling.

	Minder dan 150 euro	150-255 euro	Meer dan 255 euro
Werkloos	39,3	15,8	44,8
Zelfstandig	46,9	14,5	38,6
Leeftijd			
18-24 jaar	50,4	12,2	37,4
25-44 jaar	46,7	13,6	39,8
45-64 jaar	38,8	17,2	44,0
65 plus+	26,3	18,3	55,4
Hoogte inkomen			
Laag inkomen	42,9	14,4	42,7
Middel inkomen	41,0	15,7	43,4
Hoog inkomen	41,8	15,3	42,9

We verwachten vooral een gedragseffect van eigen betalingen bij die groepen verzekerden met een zorggebruik dat ligt rond de drempelwaarde van de eigen betalingen. Als we kijken naar de totale groep verzekerden met zorgkosten in 2007 tussen 150 en 255 euro, dan zien we dat ruim 40% van deze groep in 2008 lagere zorgkosten heeft. Van de verzekerden heeft 15% zorgkosten in dezelfde groep en 43% heeft hogere zorgkosten in 2008.

Tussen groepen verzekerden zien we wel verschillen. Vooral jongeren, mannen, werkenden in loondienst en zelfstandigen hebben in 2008 lagere zorgkosten dan in 2007. De laatste twee groepen zullen meer dan bijvoorbeeld uitkeringsgerechtigden in staat zijn hun zorgconsumptie te beïnvloeden. Dit duidt mogelijk op de aanwezigheid van een gedragseffect.

Naar leeftijd zien wij een sterk verband. Onder jongeren met zorgkosten tussen 150 en 255 euro is het aandeel met een daling in zorgkosten tussen 2007 en 2008 groter dan onder ouderen met zorgkosten tussen 150 en 255 euro. In 2008 heeft ruim de helft van deze jongeren kosten lager dan 150 euro, terwijl dit aandeel bij 65-plussers 26% is. Dit is ondanks aanpassingen in het basispakket, zoals het verhogen van de grens voor tandheelkundige zorg naar 22 jaar en het opnemen in het basispakket van de anticonceptiepil die juist de zorgkosten doen toenemen tussen 2007 en 2008 (zie bijlage 3).

4.4 Omvang van het gedragseffect: een econometrische analyse

Hieronder presenteren wij de uitkomsten van een econometrische analyse van het gedragseffect van het verplicht eigen risico. De analyse is gebaseerd op een vergelijking van twee groepen verzekerden die qua zorggebruik sterk op elkaar lijken maar waarbij een groep wel onder het verplicht eigen risico valt en de andere niet. Hiervoor gebruiken we de groep verzekerden die tussen 15 en 17 jaar oud is. Doordat we deze groep over twee jaar kunnen volgen, geldt dat de 17-jarigen in het tweede jaar onder het verplicht eigen risico vallen, terwijl dit niet geldt voor de groep verzekerden jonger dan 17 jaar. De schattingstechniek die wij hebben gebruikt voor deze analyse is de zogenaamde difference-in-difference methode (zie bijlage 2).

De belangrijkste voordelen van deze opzet zijn:

- Er is een duidelijke ‘behandelingsgroep’ en een duidelijke ‘controlegroep’;
- Er is geen sprake van een selectie-effect. Men kan namelijk niet kiezen af te zien van het verplicht eigen risico bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar;
- Door de verandering in zorgconsumptie tussen 2007 en 2008 van beide groepen onder de loep te nemen, worden prijsveranderingen van zorg buiten beschouwing gelaten.

In de analyse maken wij gebruik van bestanden die zijn gebaseerd op de declaratiegegevens van verzekerden (periode 2007 en 2008). Hierdoor kunnen wij de kostenontwikkeling vergelijken op het laagste aggregatieniveau, dat van de verzekerde. In de analyse relateren we de kostenontwikkeling tussen 2007 en 2008 aan een aantal kenmerken van de verzekerde, zoals geslacht en inkomensniveau (zie ook bijlage 3) en of de verzekerde in het tweede jaar te maken heeft gekregen met het verplicht eigen risico. Dit betreft de verzekerden die in 2008 18 jaar zijn geworden.

We presenteren uitkomsten voor drie modellen:

- In het basismodel (Model I) bekijken we de verandering in de totale zorgkosten. We analyseren drie submodellen. Eén voor de totale zorgkosten, één voor de kosten die onder het verplicht eigen risico vallen en één voor de kosten die uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. Ook presenteren we de uitkomsten van een model waarin we het effect van het eigen risico voor verzekerden met een FKG (farmaceutische kostengroep) of DKG-indicatie (diagnose kostengroep) analyseren;
- In Model II bekijken we of bij bepaalde groepen verzekerden een groter effect op het zorggebruik wordt gevonden dan bij andere. Het is bijvoorbeeld interessant om te zien of groepen met een lager inkomen sterker reageren op een financiële prikkel dan groepen met een hoger inkomen. Indien de verschillen tussen groepen groot zijn, kan bijvoorbeeld worden overwogen om bij verhoging van het verplicht eigen risico te kijken naar financiële compensatie voor deze groepen;
- In Model III bekijken we de prijsgevoeligheid van verschillende typen zorg.

Wanneer we het hebben over het gedragseffect, dan betreft dit het effect van **alle** zorgvormen binnen de Zvw, dus zowel zorg dat onder als buiten het verplicht eigen risico valt. De redenen hiervoor zijn:

- Er treden mogelijk ook gedragseffecten op bij zorgvormen die buiten het eigen risico vallen omdat:
  - Verzekerden niet altijd weten wat onder het verplicht eigen risico valt (zie ook hoofdstuk 5);
  - Wanneer besloten wordt geen zorg te consumeren, dit als effect kan hebben dat ook geen vervolgzorg gebruikt wordt (knieoperatie – fysiotherapie; tandarts – kaakchirurg);
  - Substitutie-effecten kunnen optreden: toename van gebruik van zorgvormen die buiten het verplicht eigen risico vallen (bijvoorbeeld huisarts).
- Om vergelijking mogelijk te maken met eerder onderzoek: hierin is altijd uitgegaan van alle zorgvormen.

Tenslotte gaan we in op de robuustheid van het model door uiteen te zetten welke mogelijke onzuiverheden een onder- of overschatting van de modellen kunnen geven en door een alternatieve schattingsmethode (mediaanschatter) te gebruiken.

Bij de bepaling van de zorgkosten zijn paramedische zorg en tandheelkundige zorg buiten beschouwing gelaten. Voor paramedische zorg geldt dat jongeren tot 18 jaar recht hebben op bijvoorbeeld acht behandelingen fysiotherapie. Dit vervalt als zij 18 jaar worden. Hierdoor is een sterke daling in de kosten voor paramedische zorg te zien. Tandheelkundige zorg is buiten beschouwing gelaten omdat deze voor 18- tot 22-jarigen vanaf 2008 is toegelaten tot het basispakket (zie bijlage 3).

Kostenontwikkeling verzekerden 15-24 jaar

De analyse is gebaseerd op verzekerden tussen 15 en 24 jaar. Tabel 4.6 toont de gemiddelde kosten naar kostensoort in 2007 en 2008 voor 15 tot 24 jarigen.

Tabel 4.6 Gemiddelde kosten naar kostensoort – verzekerden 15 tot 24 jaar, 2007 en 2008

	2007			2008		
	15-16 in 2007 en 16-17 in 2008	17 in 2007 en 18 in 2008	18-24 in 2007 en 19-25 in 2008	15-16 in 2007 en 16-17 in 2008	17 in 2007 en 18 in 2008	18-24 in 2007 en 19-25 in 2008
Ziekenvervoer	13.0	15,3	13,0	17,4	16,1	14,5
Huisarts	96,4	99,5	99,4	99,6	99,9	101,1
Paramedische zorg	36,5	33,7	9,3	39,3	13,9	10,0
Farmacie	96,7	94,2	96,0	100,4	95,0	108,2
Hulpmiddelen	24,9	21,3	18,3	25,5	20,7	20,0
Tandarts	106,6	102,1	5,7	97,2	87,5	44,4
Ziekenhuiszorg	249,3	283,1	320,4	364,3	368,4	434,5
Verloskunde	0,35	1,4	9,5	1,1	3,2	14,4
Kraamzorg	0,41	1,71	13,1	1,1	3,6	20,2
Totaal	**605,5**	**632,5**	**565.2**	**647,4**	**616,0**	**664,0**
Totaal excl. verzekerden met FKG en/of DKG	**539,9**	**575,6**	**508,9**	**589,1**	**568,7**	**612,0**

De gemiddelde kosten bedragen tussen de 539,9 en de 575,6 miljoen euro in 2007 en tussen de 568,7 en de 612,0 miljoen euro in 2008. Een aanzienlijk deel van deze stijging wordt verklaard door de toename in de tandartskosten die het gevolg is van bovengenoemde pakketwijziging. De belangrijkste kostenpost bij 15- tot 24-jarigen is ziekenhuiszorg. Als we de tandartszorg buiten beschouwing laten, bedraagt deze zorg meer dan 60% van de totale kosten.

Basismodel (Model I)

Onderstaande tabel laat de uitkomsten zien voor drie specificaties van het basismodel. In de eerste kolom presenteren we de effecten van het verplicht eigen risico op de totale zorguitgaven. De tweede en derde kolom tonen de uitkomsten voor alleen de kosten onder het verplicht eigen risico (Model Ib) en de zorgkosten die uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico (Model Ic).

Tabel 4.7 Uitkomsten gedragseffecten basismodel – verzekerden 15-24 jaar, verzekerden met DKG/FKG uitgezonderd

	Totale zorguitgaven	Kosten zorg onder verplicht eigen risico	Kosten zorg uitgesloten van verplicht eigen risico
	parameter	parameter	parameter
Constante	0,160*	0,359*	0,066*
Referentie leeftijd 15-17			
Leeftijd 18 jaar	-0,073*	-0,151*	-0,030*
Leeftijd 19-24 jaar	-0,008*	-0,002	0,003
Referentie vrouw			
Man	-0,118*	-0,268*	-0,043*
Referentie overig inkomen			
Loondienst	0,025*	0,066*	0,010*
Referentie laag inkomen			
Middel inkomen	-0,036*	-0,073*	-0,029*
Hoog inkomen	-0,021*	-0,052*	-0,012*

* p<0.01.

De analyse wijst uit dat we een statistisch significant negatief effect vinden van het verplicht eigen risico op het zorggebruik. Door de specificatie van de vergelijking, is de parameter die wij vinden te interpreteren in termen van een procentuele mutatie. Met andere woorden, zonder een verplicht eigen risico was de kostenontwikkeling voor een 18-jarige 7,3 procentpunt hoger geweest tussen 2007 en 2008. Kolom 2 en 3 van bovenstaande tabel laten zien dat het effect van het verplicht eigen risico op de zorgkosten die wel onder het verplicht eigen risico vallen groter is dan zorgkosten die niet onder het verplicht eigen risico vallen, respectievelijk 15 en 3 procentpunt.

Een andere bevinding is dat de kostenontwikkeling van 19- tot 24-jarigen significant lager is (-1 procentpunt) tussen 2007 en 2008 dan de kostenontwikkeling van 15- tot 17 jarigen. De groep 19- tot 24-jarigen had in 2007 te maken met de no-claim en in 2008 met het verplicht eigen risico, terwijl de groep 15- tot 17-jarigen hier in geen van beide jaren mee te maken had. Anders gezegd: dit verschil lijkt op een effect van het verplicht eigen risico ten opzichte van de no-claim teruggaveregeling te duiden. Dit verschil kan echter ook bestaan vanwege leeftijdsgebonden factoren.

Verder zien we dat de kostenontwikkeling bij jonge mannen achterblijft bij die van jonge vrouwen. Dit ligt voor de hand gelet op het feit dat vrouwen hogere kosten voor geslachtsspecifieke aandoeningen kennen dan mannen zoals zorgkosten in verband met zwangerschap en geboorte. De kostenontwikkeling voor verzekerden met een hoog inkomen is lager dan voor verzekerden met een laag inkomen (sociaal economische situatie). Dit sluit aan bij de ervaring dat sociaal economische gezondheidsverschillen van invloed zijn op zorggebruik. Dit betekent dat de kans op ziek worden voor mensen met een lage opleiding of een laag inkomen groter is. Ook brengen mensen met een hoge opleiding meer jaren in goede gezondheid door en is de gemiddelde leeftijd waarop ze overlijden hoger dan bij mensen met een lage opleiding. Onze analyse gaat een stap verder en laat zien dat ook de kostenontwikkeling bij verzekerden met een laag inkomen sterker is dan bij andere groepen. Mogelijk is ook bij deze groep sprake van een omgekeerde causaliteit. Bij jongeren die gezond zijn en dus lage zorgkosten hebben, zal de inkomensontwikkeling gunstiger zijn dan bij jongeren die niet gezond zijn. Verder blijkt dat de zorgkosten bij verzekerden in loondienst sterker toenemen dan bij verzekerden die niet in loondienst zijn.

De verzekerden met een DKG-indicatie (diagnose kostengroep) en/of een FKG-indicatie (farmaceutische kostengroep) zijn buiten beschouwing gelaten. Dit betreft verzekerden die structureel, over meerdere jaren, hoge zorgkosten hebben. Het effect van het eigen risico op deze groep verzekerden is klein. Dit wordt ook bevestigd door onze analyses. Wij vinden een effect dat niet significant verschilt van 0 voor deze groep (zie bijlage 4). Tegelijkertijd kunnen de uitzonderlijk hoge zorgkosten van deze verzekerden de analyseresultaten beïnvloeden door het ontstaan van een zeer scheve verdeling van de zorgkosten in de populatie.

Model II – verandering totale kosten met onderscheid naar inkomensverschillen

Het effect van het verplicht eigen risico kan verschillen tussen groepen verzekerden. Bij de vormgeving van het verplicht eigen risico is het van belang om te bekijken of bepaalde groepen verzekerden hun zorggebruik sterker terugbrengen dan andere groepen verzekerden. In deze analyse is het interessant te onderzoeken of verzekerden met een lager inkomen onder het verplicht eigen risico sterker reageren op het verplicht eigen risico dan verzekerden met een hoger inkomen. Dit is immers een groep waarvoor het inkomenseffect een grotere rol kan spelen. In onze analyse is de SES-variabele gebaseerd op *huishoud*inkomen. De data biedt geen mogelijkheid om uit te splitsen naar thuis- en uitwonenden.

Tabel 4.8 Uitkomsten gedragseffecten basismodel met kruistermen – verzekerden 15-24 jaar, verzekerden met DKG/FKG uitgezonderd

	Totale zorguitgaven	Kosten zorg onder verplicht eigen risico	Kosten zorg uitgesloten van verplicht eigen risico
	parameter	parameter	parameter
Constante	0,146*	0,345*	0,053*
Referentie leeftijd 15-17			
Leeftijd 18 jaar	-0,085*	-0,172*	-0,036*
Leeftijd 19-24 jaar	0,018*	0,031	0,026*
18 jaar x Laag inkomen	-0,002	0,025	0,052
18 jaar x Middel inkomen	0,021	0,040	0,010
18 jaar x Hoog inkomen	0,010	0,013	0,005
19-24 jaar x Laag inkomen	-0,040*	-0,081*	-0,039*
19-24 jaar x Middel inkomen	-0,039*	-0,041*	-0,039*
19-24 jaar x Hoog inkomen	-0,024*	-0,037	-0,017*
Referentie vrouw			
Man	-0,118*	-0,268*	-0,043*
Referentie overig inkomen			
Loondienst	0,022*	0,062*	0,007*
Referentie laag inkomen			
Middel inkomen	-0,013	-0,052*	-0,004
Hoog inkomen	-0,006	-0,030	-0,000

* p<0.01

In Tabel 4.8 presenteren we de uitkomsten van de toepassing van Model II. In de eerste kolom zien we dat het effect van het verplicht eigen risico nog steeds nagenoeg gelijk is aan het basismodel. In het model is een aantal kruistermen opgenomen (18 jaar x laag huishoudinkomen, 18 jaar x middel huishoudinkomen en 18 jaar x hoog huishoudinkomen) die het effect van het eigen risico in relatie tot het inkomen weergeven. De kruistermen zijn echter statistisch niet verschillend van nul. Met andere woorden: op basis van deze gegevens vinden we onder 18-jarigen geen verschil tussen verzekerden met een hoog of laag inkomen in de kostenontwikkeling als gevolg van het verplicht eigen risico. De hoogte van het huishoudinkomen lijkt dus in relatie tot het eigen risico *geen* invloed te hebben op het zorggebruik. Voor de twee andere modellen vinden we vergelijkbare uitkomsten.

Uit de literatuur blijkt echter dat er wel sprake is van een verschil in effect tussen inkomensgroepen. Onderzoeksresultaten van het RAND-experiment wijzen uit dat lagere inkomensgroepen minder extramurale zorg gebruiken dan hogere inkomensgroepen als gevolg van eigen betalingen. Dit blijkt ook te gelden voor tandartszorg (niet in onze schatting) en vaccinaties voor kinderen.[57]

Mogelijk is de relatief beperkte hoogte van het eigen risico en de bestaande compensatie voor specifieke groepen reden dat het effect van het verplicht eigen risico voor groepen met een laag inkomen niet verschilt van dat van groepen met een hoger inkomen. Daarnaast is het mogelijk dat er geen inkomenseffect geconstateerd wordt vanwege de eigenschappen van de analysegroep.

[57] Swartz, K. (2010) Cost-Sharing: Effects on spending and outcomes. Harvard school of public health, research synthesis report no. 20.

Inkomenseffecten spelen wellicht een kleinere rol bij (thuiswonende) jongeren. Bovendien is de inkomensklasse gebaseerd op het huishoudinkomen.

Model III – Verschillen tussen zorgvormen

In Model III hebben we dezelfde specificatie als in het basismodel gekozen en modellen geschat voor de verschillende zorgvormen.

Tabel 4.9 Uitkomsten gedragseffecten basismodel naar zorgvormen – verzekerden 15-24 jaar, verzekerden met DKG/FKG uitgezonderd

Zorgvormen	Parameter
Alle zorgvormen	-0,073
Zorgvormen onder het eigen risico	-0,151
Zorgvormen buiten het eigen risico	-0,030
Ziekenvervoer	-0,022
Farmacie	-0,140
Hulpmiddelen	-0,016
Huisartsenzorg	-0,032
Ziekenhuiszorg	-0,113
Verloskunde	0,008
Kraamzorg	0,005
Paramedische zorg	-0,440
Tandartszorg	-0,038

De effecten van het verplicht eigen risico zijn het sterkst voor farmacie en ziekenhuiszorg. De bestaande literatuur bevestigt deze bevinding voor wat betreft farmacie.[58] Voor verloskunde en kraamzorg vinden we een positief effect dat dicht bij nul ligt. Het effect van het verplicht eigen risico op de huisartszorg is negatief. Op voorhand was een positief effect te verwachten omdat verzekerden zullen proberen bepaalde zorg te laten uitvoeren door de huisarts omdat deze is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Aan de andere kant kan het effect verklaard worden doordat verzekerden afzien van huisartsbezoek omdat zij niet willen worden doorverwezen naar de tweedelijnszorg en/of omdat verzekerden niet goed op de hoogte zijn van het feit dat huisartsenzorg buiten het eigen risico valt. Voor paramedische en tandartszorg vinden wij een zeer sterk effect, dit wordt echter mede bepaald door het effect van pakketwijzigingen hieromtrent.

Mogelijke verklaringen voor het sterke effect bij ziekenhuiszorg zijn:

- Het effect is hoog omdat de prijs van ziekenhuiszorg hoog is. Wanneer het *gebruik* van ziekenhuiszorg slechts een klein beetje afneemt, neemt het *bedrag* van ziekenhuiszorgconsumptie sterk af. Met andere woorden: als er een relatief gering aantal verzekerden besluit af te zien van een verrichting in het ziekenhuis (bijvoorbeeld het afzien van een scan of een bezoek aan de specialist), dan zijn de vermeden kosten relatief hoog. Bij bijvoorbeeld de huisarts is dit omgekeerd: bij het afzien van één consult van de huisarts zijn de vermeden kosten een stuk lager;
- Ziekenhuiszorg is niet verder uit te splitsen naar zorgvormen binnen de ziekenhuiszorg (specialisten, opname, eerste hulp, etc.) waardoor het niet mogelijk is inzicht hierin te geven. Mogelijkerwijs is het effect voornamelijk te vinden bij extramurale zorgvormen en minder bij

[58] Goldman, DP., G.F Joyce, Y Zheng (2007) Prescription Drug Cost Sharing: Associations with Medication and Medical Utilization and Spending and Health. *Journal of American Medical Association,* Vol 298, No 1, 2007.

intramurale zorgvormen. Uit het RAND experiment blijkt ook dat de prijselasticiteit van extramurale zorg hoger is dan de prijselasticiteit van intramurale zorg.

4.4.2 *Analyse robuustheid model*

De schatting van het gedragseffect is gebaseerd op een vergelijking van jongeren die wel of niet onder het verplicht eigen risico vallen. Om een aantal redenen is dit effect niet één-op-één door te vertalen naar de gehele populatie. Ten eerste is paramedische en tandartszorg niet meegenomen in de analyse. Het is in de gegevens die wij ter beschikking hebben niet mogelijk het effect van het verplicht eigen risico los te koppelen van andere beleidsmaatregelen ten aanzien van bijvoorbeeld fysiotherapie en mensendieck waarbij jongeren zijn uitgezonderd van eigen betaling. Het gebruik van paramedische zorg zal bijvoorbeeld ook effect hebben op het gebruik van huisartsenzorg. Ten tweede betalen jongeren mogelijk het verplicht eigen risico niet zelf, bijvoorbeeld in de situatie dat ze nog thuis wonen. Hierdoor kan in deze groep geen of een lager gedragseffect optreden. Tenslotte is er een onderschatting te verwachten vanwege het gegeven dat leeftijd is gemeten in juni, terwijl de zorgkosten gemeten zijn over een kalenderjaar en dus niet geheel synchroon lopen met leeftijd. Om deze redenen kan het gedragseffect dat we schatten lager zijn dan het werkelijke gedragseffect.

Hier staat tegenover dat gezonde mensen relatief gevoelig zijn voor prijsprikkels ten opzichte van ongezonde mensen. Omdat de meeste jongeren gezond zijn, zullen zij eerder in staat zijn af te zien van bepaalde zorg. Daarnaast kan sprake zijn van een zogenaamd aanloopeffect. Omdat jongeren weten dat ze vanaf hun 18de jaar onder het verplicht eigen risico vallen, halen zij voor zover dat mogelijk is zorgkosten naar voren. Hierdoor ontstaat na het 18de jaar een dip in de zorgkosten. Een andere overschatting wordt veroorzaakt doordat wij geen beschikking hebben over informatie met betrekking tot de aanvullende verzekering en ook is het onbekend in hoeverre de verzekerden een vrijwillig eigen risico hebben.

Het is niet bekend hoeveel zorgkosten verzekerden niet declareren bij hun verzekeraar. Wanneer een verzekerde met een verplicht eigen risico minder zorgkosten maakt dan het eigen risicobedrag, heeft de verzekerde in principe geen prikkel om deze kosten te declareren. Het gevolg hiervan is dat het lijkt alsof verzekerden met een verplicht eigen risico minder zorg gebruiken dan verzekerden zonder een eigen risico, wat leidt tot een overschatting van het effect.[59] Van Vliet (2004) geeft aan dat dit verschijnsel in Nederland voorkomt, maar wel relatief minder vaak. Dit komt omdat verzekeraars hun verzekerden aansporen hun rekeningen direct te declareren en omdat verzekeraars vaak met zorgverleners afspreken dat de rekening gelijk naar de verzekeraar gestuurd wordt. De correctie die Van Vliet doorvoert voor niet-gedeclareerde zorgkosten, is echter in onze analyse niet mogelijk.[60]

In de data worden ziekenhuiskosten als geheel weergegeven, zonder dat wij de mogelijkheid hebben deze uit te splitsen naar type (bijvoorbeeld specialisten, opname, etc.). Het is ons

---

[59] R.C.J.A. van Vliet (2004), Deductibles and Health Care Expenditures: Empirical Estimates of Price Sensitivity Based on Administrative Data, International Journal of Health Care Finance and Economics 2004, vol. 4, p. 183-305.

[60] Volgens Van Vliet komen niet-gedeclareerde zorgkosten alleen voor bij verzekerden met zorgkosten tussen 0 euro en het bedrag van het eigen risico. Bij een overschrijding van het eigen risico bedrag heeft de verzekerde namelijk de prikkel om alle kosten te declareren. Van Vliet corrigeert voor niet-gedeclareerde zorgkosten door coëfficiënten te schatten van verzekerden zonder een eigen risico en hiermee vervolgens de zorgkosten van de hierboven genoemde groep te schatten. Dit neemt natuurlijk effect van het eigen risico geheel weg. Van Vliet voert daarom een aanvullende correctie door op basis van prijselasticiteiten. Dit is in onze analyse niet mogelijk, aangezien wij geen prijselasticiteiten kunnen berekenen. De eerste correctie kunnen we wel doorvoeren, maar hierbij nemen we op voorhand het effect van het verplicht eigen risico weg, door aan te nemen dat het niet aanwezig is.

onbekend wat de mogelijke effecten hiervan zijn. Tenslotte is de zorgconsumptie buiten de Zvw (AWBZ, onverzekerd) niet bekend op verzekerdenniveau. Het is mogelijk dat er een substitutie-effect optreedt van zorgconsumptie binnen de Zvw naar zorgconsumptie daarbuiten. Het gedragseffect dat gemeten wordt heeft dan ook alleen effect op zorg binnen de Zvw.

Tabel 4.10 Overzicht factoren die schatting van het remgeldeffect onder- of overschatten

Onderschatting effect	Overschatting effect
Paramedische zorg buiten beschouwing gelaten	Gezonde mensen zijn meer gevoelig voor prijsprikkels
Tandartszorg buiten beschouwing gelaten	Aanloop effect
Sommige jongeren betalen zorg niet zelf	Gebruik aanvullende verzekering buiten beschouwing gelaten
Leeftijd is in juni gemeten, terwijl zorgkosten over het gehele jaar berekend zijn	Naast het verplicht eigen risico is er ook de mogelijkheid aanvullend een vrijwillig eigen risico af te sluiten. Onbekend is welke verzekerden dit hebben gedaan
	Niet alle rekeningen worden ingediend bij de verzekeraar
Onder- of overschatting (onbekend)	
Ziekenhuiskosten zijn niet uit te splitsen naar intramurale en extramurale zorg of verdere specificatie Zorgconsumptie dat niet onder de zorgverzekeringswet valt is niet bekend	

Bij het schatten van bovenstaande modellen is een standaard OLS-schatter gebruikt. Hoewel de vergelijking logaritmisch gespecificeerd is, kan het zijn dat de parameters beïnvloed worden door de distributie van de verandering in zorgkosten. Bij standaard OLS wordt de afwijking van – in dit geval – de *gemiddelde* verandering in zorgkosten als gevolg van het eigen risico berekend. Het gemiddelde als rekenmaat is gevoelig voor extreme waarden. Vanwege het relatief hoge aandeel verzekerden met relatief hoge veranderingen in zorgkosten tussen 2007 en 2008[61], kan het zijn dat het effect van het verplicht eigen risico overschat wordt. De onderliggende gedachte is dat het effect van het eigen risico bij iemand met een sterke verandering in zorgkosten waarschijnlijk gelijk is aan nul; de zorgkosten zijn dan immers al snel boven de 150 euro uitgestegen.

Om te analyseren of het gemeten effect inderdaad beïnvloed wordt door hoge waarden in de afhankelijke variabele, is een meer robuuste methode gebruikt. Hierbij is de afwijking van de *mediaan* van de verandering in zorgkosten als gevolg van het eigen risico geschat door middel van een mediaanregressie. Hiermee richt de analyse zich sterker op de groep verzekerden met een relatief kleine of geen verandering van zorgkosten tussen 2007 en 2008, zonder de verzekerden met grote veranderingen in zorgkosten uit te sluiten van de analyse.

Tabel 4.11 Uitkomsten gedragseffecten basismodel naar zorgvorm – verzekerden 15-24 jaar - mediaanschatter

	Parameter mediaanregressies	Parameter standaard OLS (ter vergelijking)
Alle zorgvormen	-0,026*	-0,073*
Zorgvormen onder het eigen risico	-0,048*	-0,151*
Zorgvormen buiten het eigen risico	-0,011*	-0,030*

[61] Het kan bijvoorbeeld zo zijn dat iemand in 2007 geen zorgkosten gemaakt heeft en in 2008 juist enorm veel vanwege het onstaan van bijvoorbeeld een ziekte of of andere gezondheidsklachten.

	Parameter mediaanregressies	Parameter standaard OLS (ter vergelijking)
Ziekenvervoer	0	-0,022*
Farmacie	-0,032*	-0,140*
Hulpmiddelen	-0,007*	-0,016*
Huisartsenzorg	-0,011*	-0,038*
Ziekenhuiszorg	-0,009*	-0,113*
Verloskunde	0	0,008*
Kraamzorg	0	0,005*
Paramedische zorg	-0,008*	-0,440*
Tandartszorg	0,000*	-0,038*

* p<0.01.

Tabel 4.11 geeft de resultaten van de mediaanregressie weer, in vergelijking met de resultaten van de standaard OLS. De parameters van de mediaanregressies zijn kleiner dan de parameters van de standaard OLS, wat er op duidt dat de parameters van de standaard OLS tot op zeker hoogte afhankelijk zijn van hogere waarden. Toch blijkt uit de mediaanregressies dat er wel degelijk een effect is van het verplicht eigen risico (-2,6 procentpunt). Wanneer we onderscheid maken naar zorgvormen, zien we dat de parameters van de mediaanregressies van ziekenhuiszorg en paramedische zorg het sterkst verschillen met de standaard OLS-parameters van deze zorgvormen. Hieruit blijkt dat het effect van ziekenhuiszorg en paramedische zorg voornamelijk te vinden is bij relatief sterke veranderingen in zorgkosten.

Het is niet zo dat de mediaanschatter voor deze analyse geschikter is dan de standaard OLS. Standaard OLS is weliswaar sterk afhankelijk van relatief hoge waarden, maar dit zou ook een weerspiegeling van de realiteit kunnen zijn. Wanneer iemand bijvoorbeeld besluit af te zien van een dure verrichting in het ziekenhuis vanwege het eigen risico, zijn de vermeden kosten vanwege het eigen risico hoog. Deze sterke effecten worden niet voldoende opgevangen in de mediaanschatter. Het werkelijke gedragseffect van het verplicht eigen risico ligt daarom waarschijnlijk tussen 2,6 en 7,3 procentpunt in.

4.5 Vertaling uitkomsten naar de totale populatie[62]

Wat betekenen bovenstaande uitkomsten nu in termen van vermeden zorgkosten in euro's? Om hier uitspraken over te doen brengen we eerst de totale zorgkosten in de Zvw in kaart van verzekerden die te maken hebben met het verplicht eigen risico (18 jaar en ouder). Hierbij zijn kosten gemaakt door verzekerden met een FKG en/of een DKG uitgezonderd, omdat aangetoond is dat het verplicht eigen risico geen effect heeft op de zorgkosten van deze groepen verzekerden. Ook is de curatieve GGZ uitgezonderd van de analyse.

Totale zorgkosten Zvw in 2007 en 2008

Onderstaande tabel geeft de totale zorgkosten van de Zvw in 2007 en 2008 weer, exclusief curatieve GGZ en de zorgkosten van verzekerden met een FKG of een DKG in 2007 of in 2008. In 2007 komt dit neer op bijna 10,6 miljard en in 2008 komt dit neer op 10,9 miljard. De totale stijging van de zorgkosten tussen 2007 en 2008 (bijna 350 miljoen) wordt grotendeels toegeschreven aan de stijging in ziekenhuiskosten.

[62] Zie bijlage 2 voor een uitleg over de doorrekening naar de totale populatie.

Tabel 4.12 Totale zorgkosten Zvw in 2007 en 2008, 18 jaar en ouder, uitgezonderd verzekerden met een FKG/DKG en uitgezonderd curatieve GGZ (afgeronde bedragen x 1 miljoen euro)

	2007	2008	Verschil
Ziekenvervoer	176	192	15
Huisarts	1.049	1.054	5
Paramedische zorg	159	176	17
Farmacie	1.483	1.461	-22
Verloskunde	104	120	16
Kraamzorg	193	214	21
Hulpmiddelen	399	406	8
Tandarts	169	222	53
Ziekenhuis	6.851	7.083	233
Totaal	**10.582**	**10.928**	**346**

Gedragseffect verplicht eigen risico

Het gedragseffect van het verplicht eigen risico is berekend door de verandering in zorgkosten tussen 2007 en 2008 te analyseren.[63] In 2007 was de no-claim teruggaveregeling van toepassing en in 2008 het verplicht eigen risico. Voor het berekenen van het totaaleffect in euro's, berekenen we wat de verandering in zorgkosten was geweest in het geval er geen verplicht eigen risico was geweest in 2008. Met andere woorden: wat de toename in zorgkosten was geweest als de no-claim teruggaveregeling per 1 januari 2008 was afgeschaft en er geen verplicht eigen risico was ingevoerd.

Zonder een verplicht eigen risico waren de totale zorgkosten in de Zvw (exclusief GGZ) voor verzekerden boven de 18 zonder FKG of DKG tussen de 275 en 772 miljoen euro hoger geweest. Bij deze berekening wordt één omvang van het gedragseffect verondersteld, ongeacht de zorgvorm.

Nadere nuancering bandbreedte

Er zijn enkele opmerkingen te plaatsen bij bovenstaande resultaten, die tevens duiding geven van waar het daadwerkelijke effect zich binnen de bandbreedten bevindt.

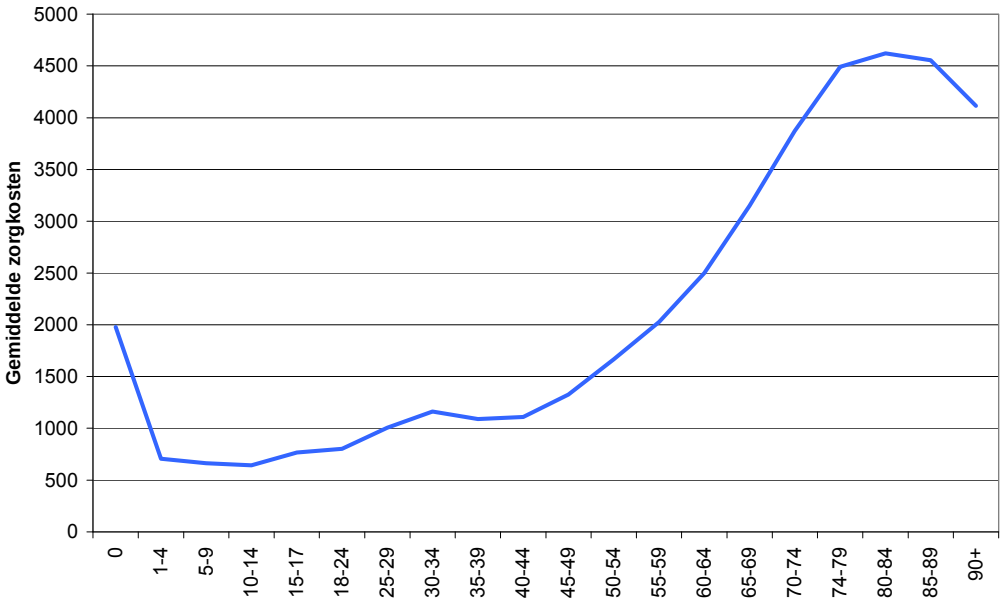
Ten eerste zijn in de analyse de effecten berekend door 18 jarigen te vergelijken met 15-17 jarigen. De gemeten effecten zijn voor deze groep hoe dan ook van toepassing, maar de vraag is in hoeverre de effecten hetzelfde zullen blijven naarmate de leeftijd toeneemt. Dit is van belang, aangezien bij bovenstaande berekening impliciet verondersteld wordt dat het effect bij 18 jarigen gelijk is aan het effect bij verzekerden ouder dan 18 jaar. Wel is gecontroleerd voor verschillen op het gebruik van zorg tussen oudere en jongere verzekerden. Op basis van de beschikbare data is het onmogelijk te meten wat de effecten zijn voor verzekerden ouder dan 18 jaar, vanwege het gebrek aan een behandelings- en controlegroep in deze leeftijdsgroep. Wel kunnen we op basis van de gemiddelde zorgkosten per leeftijd een indicatie geven in hoeverre het gemeten effect bij 18 jarigen een over- of een onderschatting is van het effect bij verzekerden ouder dan 18 jaar.

Figuur 4.1 geeft de gemiddelde zorgkosten in de Zvw weer, per leeftijdsgroep.[64] De grafiek heeft de welbekende 'badkuipvorm' waarbij de zorgkosten in het begin van het leven hoog zijn, vervolgens dalen op jongere en middelbare leeftijd en enorm stijgen op hoge leeftijd. De groep 18-24 jarigen

[63] Het gaat hier om het gedragseffect en dus niet om de financieringsverschuiving.
[64] Inclusief verzekerden met een DKG of een FKG.

hebben gemiddeld ongeveer 800 euro aan zorgkosten per jaar. Dit bedrag neemt echter fors toe naarmate de leeftijd stijgt, met een maximum van ongeveer 4.600 euro op een leeftijd van 80-84 jaar. Hoewel de gemiddelde zorgkosten voor alle groepen boven de 150 euro liggen, wil dit niet zeggen dat het effect van het eigen risico gelijk is aan nul; de gemiddelde bedragen worden sterk omhooggetrokken door een kleinere groep verzekerden met een extreem hoge zorgconsumptie. Wat de stijgende kosten per leeftijdsgroep wel impliceren is dat de kans groter is dat het niveau van 150 euro wordt overschreven, naarmate de leeftijd toeneemt. Daarom kan er verondersteld worden dat het effect van het eigen risico zal afnemen met de leeftijd. Het is overigens niet zo dat iemand met hoge zorgkosten per definitie geen effect van het eigen risico heeft ondervonden. Dit geldt alleen wanneer de hoge zorgkosten verwacht worden.

Figuur 4.1 Gemiddelde zorgkosten (Zvw) per leeftijdsgroep



Bron: Vektis.

Een analyse die dit ondersteunt is een kwintielregressie, waarbij verzekerden in de analysegroep zijn opgedeeld op basis van de verandering in zorgkosten tussen 2007 en 2008. Het effect is vervolgens voor 20 verschillende groepen geschat. Hieruit blijkt dat de groepen met een daling in zorgkosten tussen 2007 en 2008 veel gevoeliger zijn voor het eigen risico dan de groepen met een stijging in zorgkosten in deze periode.

Niet alleen de zorgkosten nemen toe met de leeftijd, maar ook het inkomen. Daardoor is het niet onlogisch te veronderstellen dat de elasticiteit van de vraag naar zorg af zal nemen naarmate men ouder wordt. Met andere woorden: oudere mensen zijn minder gevoelig voor prijzen dan jongere mensen en zullen hun zorgconsumptie daar ook minder van af laten hangen. Voor het verplicht eigen risico betekent dit dat ouderen minder gevoelig zullen zijn voor 150 euro eigen risico dan jongeren en dat het effect van het eigen risico hierdoor af zal nemen.

Tabel 4.13 geeft weer wat het effect van het verplicht eigen risico zou zijn bij andere veronderstellingen ten aanzien van de prijsgevoeligheid. In de eerste rij van de tabel is de prijsgevoeligheid van de hogere leeftijdsgroepen (ouder dan 19 jaar) gelijk aan de prijsgevoeligheid van de jongeren (14-18 jaar) verondersteld. Vervolgens wordt de prijsgevoeligheid respectievelijk 75%, 50% en 25% van de prijsgevoeligheid van de jongeren verondersteld.

Tabel 4.13 Effect verplicht eigen risico met verschillende aannamen van prijsgevoeligheid van hogere leeftijdsgroepen (ouder dan 19 jaar)

	OLS schatter		Mediaanschatter	
Prijsgevoeligheid ten opzichte van de analysegroep	procentpunt	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)	procentpunt	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)
1	7,3	772	2,6	275
0,75	5,5	579	1,9	206
0,5	3,6	386	1,3	137
0,25	1,8	193	0,6	69

Toelichting omvang bandbreedte

De omvang van de bandbreedte hangt voornamelijk samen met het effect op ziekenhuiszorg. Het verschil in effect voor ziekenhuiszorg in procentpunten tussen de mediaanschatter en de OLS schatter is relatief groot. Deze procentpunten worden vervolgens vermenigvuldigd met een hoger bedrag, omdat ziekenhuiszorg relatief vaak dure vormen van zorg omvat. Dit vertaalt zich in een grotere bandbreedte in monetaire termen.

Vergelijking uitkomsten met voorgaand onderzoek

Het CPB heeft een gedragseffect berekend tussen de 60 en 100 miljoen euro.[65] Onze berekening laat zien dat deze inschatting waarschijnlijk aan de lage kant is. Van de Ven en Schut[66] stellen dat de inschatting van het CPB een onderschatting is. Zij gaan uit van een effect van het eigen risico van 8%, in het geval de huisarts onder het eigen risico valt. In dat geval komen zij uit op een totaalbedrag van 2 miljard euro, door 8% te nemen van 26 miljard euro, de totale zorgconsumptie binnen de Zvw. Wanneer de huisartsenzorg niet onder het eigen risico valt, schatten zij in dat het totaalbedrag op iets minder dan 1 miljard zal uitkomen. Dit laatste bedrag is hoger dan het resultaat van onze berekening en uit onze analyse is te verklaren waarom de 26 miljard euro een te grote basis is voor de doorberekening van het effect van het eigen risico. Het eigen risico heeft namelijk alleen betrekking op mensen die ouder zijn dan 18 jaar en uit de analyse is gebleken dat verzekerden met een FKG of DKG niet gevoelig zijn voor het eigen risico.

4.6 Samenvatting

Gedragseffect en mogelijke beperkingen van de analyse

Op basis van de econometrische analyse concluderen we dat er sprake is van een gedragseffect als gevolg van het verplicht eigen risico. We vinden een totaal effect tussen -2,6 procentpunt en -7,3 procentpunt dat zich doorvertaalt in een bedrag dat tussen de 275 en 772 miljoen euro ligt. Het gaat hierbij om zorgkosten in de Zvw met uitzondering van kosten van verzekerden met een FKG- of DKG-indicatie. Daarnaast valt de curatieve GGZ buiten de analyse vanwege de overheveling van de AWBZ naar de Zvw in 2008.

Zoals te verwachten is het effect vooral hoog bij de kosten die onder het verplicht eigen risico vallen (tussen -4,8 procentpunt en -15,1 procentpunt). We hebben een inschatting gemaakt van het gedragseffect voor verschillende zorgvormen. Het effect is het sterkst bij farmacie en ziekenhuiszorg. Voor verloskunde en kraamzorg vinden we een effect dat dicht bij nul ligt. Door middel van mediaanregressie is getest in hoeverre de schattingen afhankelijk zijn van hoge

[65] CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: 25 april 2008.
[66] Ven, W. van de, E.Schut (2010), Is de zorgverzekeringswet een succes?, TPEdigitaal, Jaargang 4 nr.1.

waarden. Tot op zekere hoogte is het effect afhankelijk van hoge waarden, maar ook uit de mediaanregressie blijkt dat er wel degelijk een gedragseffect te vinden is. Verder vonden we geen effect van de hoogte van het inkomen op het verplicht eigen risico.

In paragraaf 4.4 werden enkele redenen beschreven waarom het effect overschat of juist onderschat zou zijn. Hierbij ging het bijvoorbeeld om het buiten beschouwing laten van tandartszorg en paramedische zorg en het aanloopeffect. Het is onbekend in welke *mate* de redenen een onder- of een overschatting veroorzaken.

Een tweede beperking van de analyse is dat het gebruik maken van het 'natuurlijk experiment' de analyse beperkt tot een tijdshorizon van twee jaar. Het is niet ondenkbaar dat verzekerden vanwege de negatieve financiële prikkel niet alleen minder onnodige zorg consumeren, maar ook minder nodige zorg consumeren of uitstellen. De effecten hiervan zijn waarschijnlijk pas op langere termijn merkbaar, wanneer – de hypothese volgend – de gezondheidsklachten zich opstapelen of meer gecompliceerd worden. Dit zou dan kunnen leiden tot een even hoge of hogere zorgconsumptie in de toekomst. Uit onderzoek in Canada[67] blijkt bijvoorbeeld dat na het invoeren van een eigen betalingssysteem voor medicijnen, het gebruik van de eerste hulp, ziekenhuiszorg en lange termijn zorg significant is toegenomen omdat verzekerden onvoldoende gebruik maken van de benodigde medicatie.

Suggesties voor toekomstig onderzoek

Het grootste gedeelte van het effect van het eigen risico is toe te schrijven aan het effect op de ziekenhuiszorg. Op basis van de beschikbare data is het niet mogelijk een onderscheid te maken tussen verschillende zorgvormen binnen de ziekenhuiszorg. Het is niet ondenkbaar dat het effect van het eigen risico zal verschillen voor uiteenlopende zorgvormen binnen de ziekenhuiszorg. We denken hierbij vooral aan het verschil tussen ambulante en niet-ambulante zorg. Een nadere analyse naar het effect op de zorgconsumptie van deze verschillende vormen zou de bandbreedte van het effect wellicht kunnen verkleinen.

Hoewel de analyse volledig empirisch is en gebruikt wordt gemaakt van een behandelings- en controlegroep op basis van een natuurlijk experiment, blijft het grootste manco dat de analyse alleen uitgevoerd kon worden op 15-18 jarigen. We hebben wel indicaties kunnen geven over de mate waarin het effect aanwezig zal zijn bij hogere leeftijdsgroepen, maar dit is op basis van de huidige gegevens niet empirisch te testen. Bovendien heeft de analyse enkel betrekking op 2008 (verplicht eigen risico van 150 euro), terwijl het verplicht eigen risico de afgelopen jaren juist is toegenomen. Om beter inzicht te generen in het gedragseffect zou deze empirische analyse over meerdere jaren moeten worden uitgevoerd. Daarmee zou het gedragseffect beter onderbouwd kunnen worden en bovendien zouden we het effect van de verhogingen op de zorgconsumptie kunnen bekijken. Daarbij is het overigens aan te bevelen om de gehele bevolking mee te nemen in de analyse.

[67] Tamblyn, R., R. Laprise, JA Hanley, M Abrahamovicz, S Scott, N Mayo, J. Hurley, R. Grad, E. Latimer, R. Perrault, P. McLeod, A. Huang, P Larochelle, L. Mallet (2001) Adverse effects associated with prescription drug cost sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association,* Vol. 285, No, 4.

5 Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten

5.1 Achtergrond

Informatievoorziening aan verzekerden is van groot belang om de beoogde effecten van het verplicht eigen risico te bewerkstellingen. Hierbij is het onder andere belangrijk dat verzekerden bekend zijn met het verplicht eigen risico en de link met het vrijwillige eigen risico en de mogelijkheid om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het verplicht eigen risico (sturingsinstrument). Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn wat de werkingssfeer en de financiële gevolgen van de verschillende vormen van het eigen risico zijn.[68]

5.2 Informatievoorziening door zorgverzekeraars

In het belang van de consument moet informatieverstrekking door zorgverzekeraars juist en volledig zijn. Zo moeten consumenten kunnen nagaan hoe hoog het verplicht eigen risico is en welke zorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Wanneer verzekerden in aanmerking komen voor compensatie van het verplicht eigen risico moeten zij dit eenvoudig kunnen achterhalen. Echter, de toegenomen variatie van het aantal mogelijkheden in eigen betalingen maakt het er niet eenvoudiger op. Hierbij kan gedacht worden aan wettelijke eigen bijdragen, het eigen risico en de vergoedingsbeperking bij niet gecontracteerde zorgaanbieders.

Om de informatievoorziening over het verplicht eigen risico in kaart te brengen, hebben wij in totaal elf verzekeraars (concerns) benaderd om een vragenlijst in te vullen.[69] Zeven concerns hebben de vragenlijst ingevuld (respons: 63.6%).

5.2.1 Op welke wijze informeren verzekeraars hun verzekerden?

Alle verzekeraars informeren hun verzekerden over de regeling van het verplicht eigen risico via de modelovereenkomst en via internet/de website (7/7). Daarnaast gebruiken de meeste verzekeraars het informatiepakket (5/7). Twee verzekeraars kiezen bovendien voor een schriftelijke mailing (2/7).

Deze bevindingen sluiten aan bij een eerder onderzoek van de NZa (Monitor Eigen risico 2008) naar informatievoorziening over het verplicht eigen risico. Uit de modelovereenkomst moet blijken voor welke verzekerden het verplicht eigen risico geldt, hoe hoog dit is en welke zorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico. *Alle* zorgverzekeraars verstrekten in 2008 informatie over het verplicht eigen risico via hun websites. De meeste verzekeraars boden daarnaast ook informatie via hun informatiepakketten.[70]

Uit een onderzoek onder het Consumentenpanel van het NIVEL (N=1065) in oktober 2009 blijkt dat 87% van de verzekerden via hun zorgverzekeraar is geïnformeerd over het verplicht eigen risico, 32% is via krant of tijdschrift geïnformeerd, bijna 30% via radio of televisie en 5% via de overheid.

---

68 http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief_minister_van_volksgezondheid/f=y.pdf, NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008.

69 De vragenlijst is in december 2010 verstuurd. Verzekeraars hadden tot 10 januari 2011 de tijd om te reageren.

70 NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 20.

Een onderzoek door Intomart (2009) onder verzekerden tussen 18 en 70 jaar laat zien dat de website van zorgverzekeraars de meest gebruikte informatiebron (85%, N=497) is om informatie over de zorgverzekering te achterhalen. Deze bron wordt gemiddeld drie keer per jaar geraadpleegd, en dan vooral voor het dekkingsoverzicht, het declaratieformulier en de hoogte van premies. Echter, uit dit onderzoek blijkt dat slechts in 12% van de gevallen de website van de zorgverzekeraar werd bezocht voor informatie over het eigen risico.[71]

5.2.2 *Waarover informeren verzekeraars hun verzekerden?*

Uit het vragenlijstonderzoek onder verzekeraars (2011) blijkt dat verzekerden door hun zorgverzekeraar geïnformeerd worden over:

- de hoogte van en uitzonderingen op het verplicht eigen risico (7/7);
- vrijwillig eigen risico na het verplicht eigen risico (5/7);
- het bestaan van een compensatie bij meerjarige, onvermijdelijke zorgkosten (5/7);
- het restitutiebeleid (5/7).

Verzekerden worden schriftelijk (5/7) en via internet (4/7) op de hoogte gesteld van de gemaakte zorgkosten die onder het (verplicht) eigen risico vallen (twee verzekeraars hebben deze vraag niet beantwoord). Eén verzekeraar geeft aan dit ook via de e-mail te doen. De frequentie hangt samen met de mate waarin een verzekerde zorgkosten maakt. Drie zorgverzekeraars geven aan verzekerden maandelijks schriftelijk op de hoogte te stellen (waarvan in één geval bij zorgkosten boven de 20 euro). Eén zorgverzekeraar doet dit iedere twee maanden, en een ander geeft aan dat via internet er op elk moment een overzicht op te vragen is.

Uit een onderzoek van de NZa (augustus 2010) naar de uitvoering van de Zvw in 2009 blijkt verder dat veel verzekerden het overzicht waarin de zorgkosten worden verrekend met het eigen risico onduidelijk vinden.[72] Soortgelijke resultaten blijken uit de CQ-Index Zorg en Zorgverzekering van het NIVEL. In 2010 gaf bijna 50% van de ondervraagden aan dat zij nooit of maar soms duidelijkheid hadden over (bij)betalingen van zorg. Wellicht heeft het verplicht eigen risico tot meer verwarring geleid bij verzekerden over bijbetaling voor de zorg. Het is mogelijk dat verzekerden verwachten bepaalde zorg vergoed te krijgen, maar er geen rekening mee houden dat ze eerst een bedrag tot aan de hoogte van het eigen risico zelf moeten betalen.[73] De NZa heeft zorgverzekeraars verzocht dit te verbeteren.

5.2.3 *Hoe staat het met de kwaliteit van de informatievoorziening?*

De beschikbaarheid, volledigheid en juistheid van de informatieverstrekking door zorgverzekeraars wordt jaarlijks onderzocht door de NZa. Tabel 5.1laat de resultaten zien voor de jaren 2008-2010.

---

71 Gebaseerd op Intomart GfK online consumentenpanel. Carolien Babonnick-van Ees. Monitor marktwerking Zorg. augustus 2009.

72 NZa, Samenvattend rapport Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2009. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, augustus 2010, p.21.

73 Donselaar, C.G., et. Al., (2010). Ervaringen van verzekerden met de zorg en zorgverzekeraars. CQ-index Zorg en Zorgverzekering, meting 2010. Utrecht: Nivel, p.39.

Tabel 5.1 Juistheid en volledigheid van de informatievoorziening

Juistheid/volledigheid informatie verplicht eigen risico	2008: 29 zorgverzekeraars	2009: 28 zorgverzekeraars	2010: 29 zorgverzekeraars
Hoogte en uitzonderingen	10/29	21/28*	29/29
Compensatieregeling CER	13/29	21/28*	24/29
Restitutiebeleid	14/29	21/28*	26/29

Gebaseerd op gegevens van de NZa (voor 2009-2010 zelfevaluaties door zorgverzekeraars).

* De gegevens zijn niet uitgesplitst voor de verschillende onderdelen waarvoor juistheid/volledigheid is bekeken. Voor 7 verzekeraars geldt dat zij niet voldoen op één of meerdere van de onderdelen.

De informatie in de informatiepakketten en op de websites is doorgaans juist maar in 2008 en 2009 niet volledig voor wat betreft de hoogte van het verplicht eigen risico en de werkingssfeer ervan. Zowel de zelfevaluatie als de resultaten van het vragenlijstonderzoek onder verzekeraars laten zien dat dit voor 2010 niet langer het geval is. Nog steeds ontbreekt informatie over de compensatieregeling en het restitutiebeleid. Uit de NZa Monitor Eigen risico (2008) blijkt dat informatie hierover in veel gevallen geheel niet beschikbaar is. In enkele gevallen is de informatie onvolledig, of komt de informatie alleen bij de veelgestelde vragen op de website terug. Wel verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars op hun website daarvoor naar het CAK. Bovenstaande tabel laat overigens wel een verbetering zien in de informatievoorziening in de loop van de jaren voor wat betreft deze onderwerpen.

Verzekeraars hebben aangegeven de tekortkomingen in de informatievoorziening die in 2009 werden geconstateerd in 2010 (en in sommige gevallen nog in 2009) in orde te zullen maken. Omdat dit bovendien de eerste keer was dat verzekeraars met een zelfevaluatie hebben gewerkt, heeft de NZa nog geen handhavende maatregelen getroffen. Wel heeft de NZa uitdrukkelijk aan de verzekeraars laten weten dat dit in de toekomst tot de mogelijkheden behoort. Echter, ook uit de zelfevaluatie van 2010 blijkt dat er nog sprake is van tekortkomingen. De NZa heeft verzekeraars hierop aangesproken. In 2011 worden deze partijen opnieuw gecontroleerd.[74]

5.2.4 Kwaliteit van de informatievoorziening van de klantenservice van zorgverzekeraars

Een onderzoek van de Consumentenbond naar de kwaliteit van de klantenservice van 15 zorgverzekeraars (de 12 grootste en de top-3 van beste verzekeraars in 2009) laat zien dat medewerkers van de klantenservice niet altijd de juiste informatie verschaffen. Eén van de vragen had betrekking op het verplicht eigen risico: 'Hoe wordt het eigen risico berekend van een behandeling die in 2010 begint en in 2011 doorloopt? Tellen de kosten mee voor het verplicht eigen risico (165 euro per persoon per jaar) van 2010 of van 2011? Of van allebei?' Het antwoord zou moeten zijn dat de kosten worden toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is begonnen. Veel verzekeraars laten hun klanten echter weten dat het eigen risico van beide jaren aangesproken wordt. Aan de telefoon geven medewerkers in 32 van de 75 gevallen een verkeerd antwoord, per mail gebeurt dat 16 keer.[75]

[74] Deze informatie hebben wij via email ontvangen van de verantwoordelijke ambtenaar van de NZa – dd. 26 januari 2011.

[75] Consumentenbond (24 november 2010). Kwaliteit van de klantenservice. Zie http://www.consumentenbond.nl/test/geld-verzekering/verzekeringen/zorgverzekeringen/extra/kwaliteit-klantenservice/#header_anchor_3.

5.3 Verzekerden en het verplicht eigen risico

Kennis van het bestaan en de werking van het verplicht eigen risico vormt een randvoorwaarde voor de invloed op gedrag, waaronder de mate van zorggebruik. De vraag is in hoeverre verzekerden bekend zijn met het verplicht eigen risico (bestaan en werkingssfeer).

In de periode april-mei 2010 hebben wij een vragenlijstonderzoek uitgevoerd onder een deel van de het Consumentenpanel (CoPa) Gezondheidszorg van het NIVEL.[76] Doel van de vragenlijst was inzicht vergaren in:

- gedragseffecten en onbedoelde effecten van (verschillende varianten van) het verplicht eigen risico;
- hoeverre verzekerden op de hoogte zijn van het sturingsinstrument, waar verzekerden eventuele kennis hebben opgedaan en hoe deze regeling het gedrag van verzekerden zou kunnen beïnvloeden (zie hoofdstuk 1).

Voor de achtergrondkenmerken in Tabel 5.2 hebben wij getoetst of er significante verschillen zijn in de beantwoording van de vragen.

Tabel 5.2 Achtergrondkenmerken respondenten

Kenmerken respondenten*	
Geslacht	
Man	50,1%
Vrouw	49,9%
Leeftijd	
Gemiddeld	58 jaar
Opleidingsniveau	
Hoog (HBO+)	40,6%
Gemiddeld (VMBO-t, mavo, havo, vwo)	42,8%
Laag	16,6%
Leefomgeving	
Grote stad (A'dam, R'dam, Den Haag of Utrecht)	5%
Overig	95%
Gezondheid zelf gerapporteerd	
Uitstekend	9,3%
Zeer goed	27,8%
Goed	48,0%
Matig	13,9%
Slecht	0,9%

*De respondenten zijn zodanig gewogen dat de samenstelling van leeftijd en geslacht gelijk is aan de samenstelling hiervan binnen de algemene bevolking in Nederland.

[76] Voor het onderzoek zijn in totaal 1.398 CoPa-leden benaderd. Na één herinnering hebben in totaal 809 mensen de vragenlijst ingevuld (respons is 58%). 482 panelleden hebben de vragenlijst via internet ingevuld (68,5%) en 327 panelleden via een schriftelijke vragenlijst (47,1%). 25 van de 809 respondenten zijn niet meegenomen in de analyses omdat meer dan de helft van de vragen niet hebben beantwoord. De analyses zijn uiteindelijk uitgevoerd over 784 respondenten.

5.3.1 *Hoe bekend is het verplicht eigen risico onder verzekerden?*

Uit ons vragenlijstonderzoek blijkt dat op 23 respondenten na (3%), alle respondenten bekend zijn met het verplicht eigen risico.

Sinds de invoering van het verplicht eigen risico is duidelijk sprake van een toename in de bekendheid van deze regeling (zie Tabel 5.3). Zo blijkt uit een onderzoek onder verzekerden (N=2300) van de NZa in 2008 dat 58% van de respondenten niet op de hoogte was van de stelling: *'Per 1 januari 2008 is een verplicht eigen risico ingevoerd van 150 euro'*. De informatieverstrekking via zorgverzekeraars en andere kanalen (Ministerie van VWS; media) aan verzekerden had hen blijkbaar in grote mate niet bereikt.[77] Uit een recenter onderzoek (oktober/november 2009) onder het Consumentenpanel van het NIVEL (N=1065) blijkt dat ruim 95% van de verzekerden op de hoogte is van het verplicht eigen risico.

Tabel 5.3 Bekendheid met het verplicht eigen risico

Bekendheid met het verplicht eigen risico		
2008 (NZa, N=2300)	**2009 (NIVEL, N=1065)**	**2010 (Ecorys via NIVEL, N=784)**
42%	95%	97%

5.3.2 *Wat weten verzekerden over de werkingssfeer van het verplicht eigen risico?*

Een groot aantal verzekerden is op de hoogte van het bestaan van het verplicht eigen risico. Echter, eerder onderzoek onder het CoPa Gezondheidszorg door het NIVEL (oktober/november 2009) laat zien dat slechts 6,3% gedegen kennis heeft van de werkingssfeer van het verplicht eigen risico (11 van de 12 zorgvormen correct benoemd). Wat opvalt, is dat verzekerden onder de no-claim teruggaveregeling beter op de hoogte waren van de werkingssfeer, terwijl er niets is veranderd ten opzichte van de huidige regeling. Verzekerden zijn doorgaans dus niet goed op de hoogte van welke zorg onder het verplicht eigen risico valt. Zo denkt 26% onterecht dat er een verplicht eigen risico geldt voor de huisarts.[78]

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft in 2009 onderzoek gedaan naar spoedzorg, waarbij ook vragen zijn gesteld over het verplicht eigen risico.[79] Van de respondenten (N=2577) denkt 15% onterecht dat er een verplicht eigen risico voor de huisarts geldt, terwijl 16% aangeeft het niet te weten. Een nog groter percentage denkt dat er een verplicht eigen risico bestaat voor de huisartsenpost (20%), en 32% geeft aan het niet te weten.

Onduidelijkheid over de vraag of er een verplicht eigen risico geldt voor SEH en de ambulance is groter. Van de respondenten meent 24% onterecht dat er voor de SEH geen verplicht eigen risico geldt en 38% van de respondenten geeft aan het niet te weten. Voor de ambulance denkt 23% van de respondenten dat geen verplicht eigen risico geldt en 42% weet het niet. Gevolg hiervan is dat veel mensen onverwacht moeten betalen nadat ze zijn geholpen op de SEH of na hulp van een ambulance.

---

77 NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 20.

78 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

79 Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Meldactie Spoedzorg. Utrecht: NPCF, juli 2009, p. 3-5, 10.

Deze resultaten komen overeen met die van het NIVEL (CoPa Gezondheidszorg oktober/november 2009): 47% van de verzekerden denkt dat de huisartsenpost onder het verplicht eigen risico valt en 55% van de verzekerden denkt ten onrechte dat SEH niet binnen het verplicht eigen risico valt.[80]

5.3.3 *Gedragseffecten*

Bij de enquête van het NIVEL (oktober/november 2009) is aan respondenten gevraagd of zij door het verplicht eigen risico minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg. Slechts 5,4% geeft aan in 2009 inderdaad minder medische zorg te hebben gebruikt doordat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam. Opmerkelijk genoeg volgt als antwoord op de vraag *op welke manier* zij minder gebruik van zorg hebben gemaakt, dat zij minder vaak naar de huisarts gaan. Dat deze verzekerden aangeven minder gebruik van de huisarts te maken zou kunnen komen door een gebrek aan kennis van de verzekerden. Zoals hierboven al beschreven, denkt ruim een kwart dat deze zorg onder het verplicht eigen risico valt.[81]

Uit het onderzoek van de NPCF komt naar voren dat de meeste respondenten (80%) zich in hun keuze voor spoedzorg niet laten beïnvloeden door het verplicht eigen risico. Slechts 7% van de respondenten antwoordt bevestigend, terwijl 8% aangeeft dat dit in sommige gevallen hun keuze beïnvloedt. [82]

5.3.4 *Kennis over de compensatieregeling van het verplicht eigen risico bij verzekerden*

Doel van de CER is het compenseren van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Een groot deel van de mensen krijgt de compensatie automatisch op basis van een aantal criteria. Daarnaast kunnen mensen, die niet vanzelf compensatie ontvangen maar wel denken dat ze daar recht op hebben, een aanvraag indienen. Omdat gebleken is dat er sprake is van onvolledige farmaciebestanden en het ontbreken van NAW-gegevens, kan – wanneer de rechthebbende niet van de compensatieregeling weet en hem daarom niet aanvraagt – het leiden tot ondergebruik van de regeling.

Onderzoek van het NIVEL[83] laat zien dat ruim tweederde van de algemene bevolking (CoPa Gezondheidszorg) en iets meer dan de helft van de chronisch zieken en gehandicapten (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten) niet weet wat de compensatie van het eigen risico inhoudt, of wanneer men er recht op heeft (in 2009). Ook wordt geconstateerd dat een groep mensen die niet over informatie met betrekking tot de compensatieregeling beschikt, wel meent hier recht op te hebben. Een effect van dit informatietekort is dat verzekerden ten onrechte een compensatie aanvragen.

Uit ons vragenlijstonderzoek (CoPa Gezondheidszorg) blijkt dat driekwart van de respondenten geen financiële compensatie heeft ontvangen (zie Figuur 5.1).

---

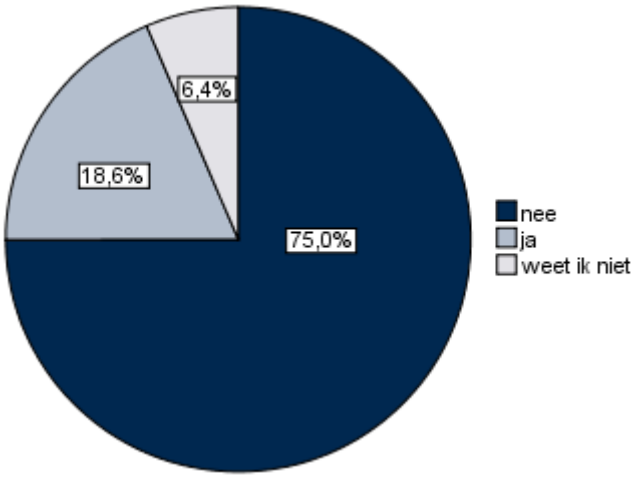
80 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

81 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

82 Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Meldactie Spoedzorg. Utrecht: NPCF, juli 2009, p. 3-5, 10.

83 Reitsma-van Rooijen, M., De Jong, J. (2009). Compensatie eigen risico is nog onbekend. Utrecht: NIVEL.

Figuur 5.1 Heeft u in 2008 en/of 2009 compensatie van het CAK gekregen voor uw verplicht eigen risico?



Respondenten in de oudere leeftijdscategorieën (≥65 jaar) geven significant vaker aan een compensatie van het CAK te hebben gekregen in 2008 en/of 2009 dan respondenten in de leeftijdscategorie 18-49 jaar. Dit is niet verwonderlijk, aangezien oudere mensen vaker meerjarige zorgkosten hebben dan jongere mensen. Ook respondenten met een (zelfgerapporteerde) matige of slechte gezondheid en respondenten met een laag opleidingsniveau hebben significant vaker compensatie van het CAK ontvangen. Dit is volgens verwachting, aangezien lager opgeleiden vaker chronisch ziek zijn dan hoger opgeleiden.[84]

Uit het bovenstaande blijkt dat hoewel de meeste mensen bekend zijn met het verplicht eigen risico, een aanzienlijk percentage van de verzekerden niet op de hoogte is van de werkingssfeer ervan. Dit geldt eveneens voor de compensatieregeling. Hoewel informatie over de regeling via verschillende wegen beschikbaar is (zie ook paragraaf 5.2), dienen mensen geïnformeerd worden over het *bestaan* ervan, aangezien ze geen informatie gaan zoeken als ze niet bekend zijn met de regeling als zodanig.

5.4 Zorgverleners en het verplicht eigen risico

Ook zorgverleners kunnen informatie met betrekking tot de werkingssfeer van het verplicht eigen risico overdragen op verzekerden. Daarmee kunnen zij invloed uitoefenen op de effecten van het verplicht eigen risico. Wij hebben het volgende onderzocht:

- In hoeverre zijn zorgverleners op de hoogte zijn van het verplicht eigen risico? en
- Op welke manier heeft dit effect op voorschrijf- en/of verwijsgedrag?

We hebben een schriftelijke vragenlijst naar 810 huisartsen gestuurd. De respons was 35% (286 huisartsen). Tabel 5.4 geeft de belangrijkste achtergrondkenmerken weer.

[84] RIVM. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Tabel 5.4 Achtergrondkenmerken huisartsen

Kenmerken huisartsen	
Werkzame periode	
≥30 jaar	22,7%
20-30 jaar	37,5%
10-20 jaar	26,4%
5-10 jaar	10,8%
<5 jaar	2,5%
Praktijkkenmerken	
Aantal huisartsen per praktijk (gemiddeld)	1-8 (m=2.15, sd=1.3)
Aantal patiënten (gemiddeld)	3317 (m=3317.49, sd=1879,24)
Apotheekhoudend	5,8%*
Patiëntkenmerken	
Gemengde patiëntenpopulatie	44,6%
Ouderen en/of chronisch zieken	32%
Regio	
Noord-Nederland (Friesland, Groningen, Drenthe)	21,7%
Oost-Nederland (Flevoland, Overijssel, Gelderland)	20,3%
Midden-Nederland (Noord-, Zuid-Holland en Utrecht)	18,5%
Grote steden (A'dam, R'dam, Den Haag, Utrecht)	19,2%
Zuid-Nederland (Zeeland, Noord-Brabant, Limburg)	20,3%

* Dit percentage is iets lager dan het landelijk gemiddelde in 2009 van 7% (Bron: http://www.zorgatlas.nl/zorg/eerstelijnszorg/farmaceutische-zorg/aantal-apotheekhoudende-huisartsen-per-gemeente-2009/).

In aanvulling op het schriftelijke vragenlijstonderzoek onder huisartsen, hebben we 20 telefonische interviews gehouden onder apothekers en zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (eerstelijnspsychologen en psychiaters). Deze drie beroepsgroepen hebben in hun dagelijkse werk te maken met het verplicht eigen risico. De geneesmiddelen die apothekers leveren, worden vaak voorgeschreven door huisartsen en vallen onder het verplicht eigen risico. Voor de GGZ geldt dat eerstelijnspsychologen regelmatig patiënten zien die nog geen (volledig) gebruik hebben gemaakt van het verplicht eigen risico. Daarnaast hebben we psychiaters geïnterviewd omdat zij geneesmiddelen voor mogen schrijven aan patiënten. Die geneesmiddelen vallen onder het verplicht eigen risico en kunnen dus financiële gevolgen hebben voor de patiënt. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat het verplicht eigen risico van deze patiënten in de meeste gevallen al is gebruikt voor de kosten van één of meerdere therapiesessies.

5.4.1 Huisartsen en het verplicht eigen risico

De huisarts als poortwachter van de zorg kan invloed hebben op effecten van het verplicht eigen risico. Huisartsenzorg valt buiten het verplicht eigen risico, maar vrijwel iedere verwijzing of recept van diezelfde huisarts valt weer wel onder het verplicht eigen risico.

In hoeverre zijn huisartsen bekend met het verplicht eigen risico?

Uit het vragenlijstonderzoek blijkt dat 6,5% (n=18) van de huisartsen niet bekend is met het verplicht eigen risico. In Tabel 5.5 is te zien in hoeverre huisartsen weten aan te geven welke vormen van zorg onder het verplicht eigen risico vallen.

Tabel 5.5 Bekendheid werkingssfeer verplicht eigen risico onder huisartsen

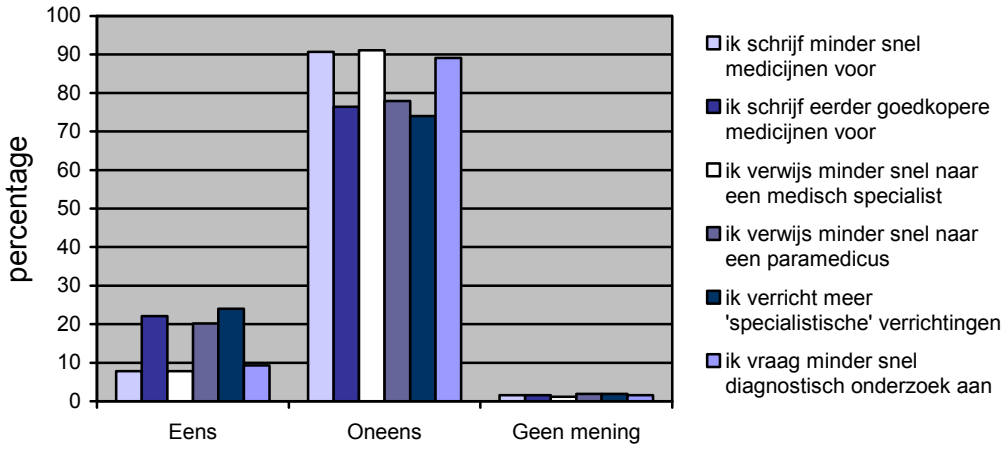
Zorgvorm onder verplicht eigen risico (ja/nee)	Juist	Onjuist	Weet niet	Niet ingevuld
Zorg voor kinderen onder de 18 jaar (nee)	195 (72,8%)	28 (10,4%)	27 (10,1%)	18 (6,7%)
Huisartsenzorg (nee)	245 (91,4%)	6 (2,2%)	5 (1,9%)	12 (4,5%)
Huisartsenpost (nee)	210 (78,4%)	23 (8,6%)	20 (7,5%)	15 (5,6%)
Zittend ziekenvervoer (ja)	160 (59,7%)	17 (6,3%)	73 (27,2%)	18 (6,7%)
Geneesmiddelen op recept (ja)	237 (88,4%)	11 (4,1%)	8 (3,0%)	12 (4,5%)
Tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar (nee)	141 (52,6%)	41 (15,3%)	69 (25,7%)	17 (6,3%)
Verloskundige zorg (nee)	100 (37,3%)	79 (29,5%)	75 (28,0%)	14 (5,2%)
Kraamzorg (nee)	71 (26,5%)	106 (39,6%)	77 (28,7%)	14 (5,2%)
Laboratoriumonderzoeken (ja)	224 (83,6%)	16 (6,0%)	15 (5,6%)	13 (4,9%)
Griepprik voor risicogroepen[85] (nee)	236 (88,1%)	7 (2,6%)	9 (3,4%)	16 (6,0%)
Specialistische zorg in het ziekenhuis (ja)	233 (86,9%)	17 (6,3%)	6 (2,2%)	12 (4,5%)
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis (ja)	218 (81,3%)	24 (9,0%)	14 (5,2%)	12 (4,5%)

Huisartsen zijn goed op de hoogte van het feit dat het verplicht eigen risico niet voor huisartsenzorg geldt (91,4% heeft dit correct geantwoord). Huisartsen lijken daarnaast goed op te hoogte te zijn of het verplicht eigen risico geldt voor de zorgvormen waar ze in de dagelijkse praktijk mee te maken hebben (geneesmiddelen op recept, specialistische zorg in het ziekenhuis, laboratoriumonderzoeken).

In hoeverre heeft het verplicht eigen risico invloed op verwijs- en/of voorschrijfgedrag van huisartsen?

Huisartsen ontkennen in grote mate dat het verplicht eigen risico invloed heeft op hun werk (zie Figuur 5.2). De belangrijkste effecten van het verplicht eigen risico zijn het eerder voorschrijven van goedkopere medicijnen (22,1%), het minder snel verwijzen naar een paramedicus (20,2%) en het verrichten van meer 'specialistische' verrichtingen (24%).

Figuur 5.2 Invloed verplicht eigen risico op huisartsen



Dit bevestigt eerdere bevindingen van Marktonderzoeksbureau Marintel. Daaruit blijkt dat 85% van de huisartsen ondanks het verplicht eigen risico geneesmiddelen voorschrijft die hen het beste lijken, zonder rekening te houden met de prijs.[86]

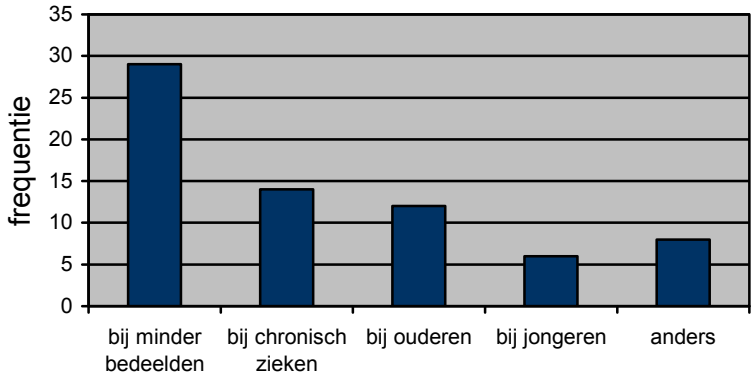
---

[85] De griepprik voor risicogroepen valt niet onder de basisverzekering van de Zvw. Het RIVM verleent namens het ministerie van VWS subsidie aan de Stichting Nationaal Programma Griekpreventie voor de jaarlijks griepprik.

[86] Marintel (2008). Zie http://www.marintel.nl/index.php?option=content&task=view&id=135.

Ruim 38% van de huisartsen zegt geen rekening te houden met eventuele kosten die het verplicht eigen risico voor de patiënt met zich meebrengt. Ongeveer 43% houdt er enkel rekening mee wanneer de patiënt er zelf om vraagt. Bijna 20% houdt rekening met het verplicht eigen risico zonder dat de patiënt hierom hoeft te vragen. Uit Figuur 5.3 blijkt dat de financiële situatie van de patiënt de belangrijkste reden is om rekening te houden met het verplicht eigen risico (bij minder bedeelden en in geval van financiële problemen (categorie *anders*)).

Figuur 5.3 Wanneer houdt een huisarts rekening met het verplicht eigen risico?



Vlak na de invoering van de Zvw heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een vragenlijst uitgezet onder artsen (N=1113).[87] Van hen zegt een kwart (N=287, waarvan 35% huisartsen, 16% medisch specialisten) dat zij patiënten hebben die zich vanwege financiële redenen niet laten doorverwijzen (bij 60% van deze gevallen gaat om minder dan 5 patiënten, bij 26% om 6-15 patiënten, bij 6% om 16-25 patiënten en bij bijna 10% om meer dan 25 patiënten).[88]

Uit de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling (2006) blijkt dat 30% van de huisartsen rekening hield met de no-claim teruggave of het vrijwillig eigen risico in hun behandelgedrag, meestal op verzoek van hun cliënten (in achterstandswijken en de vier grote steden wordt er relatief vaak op eigen initiatief rekening mee gehouden).

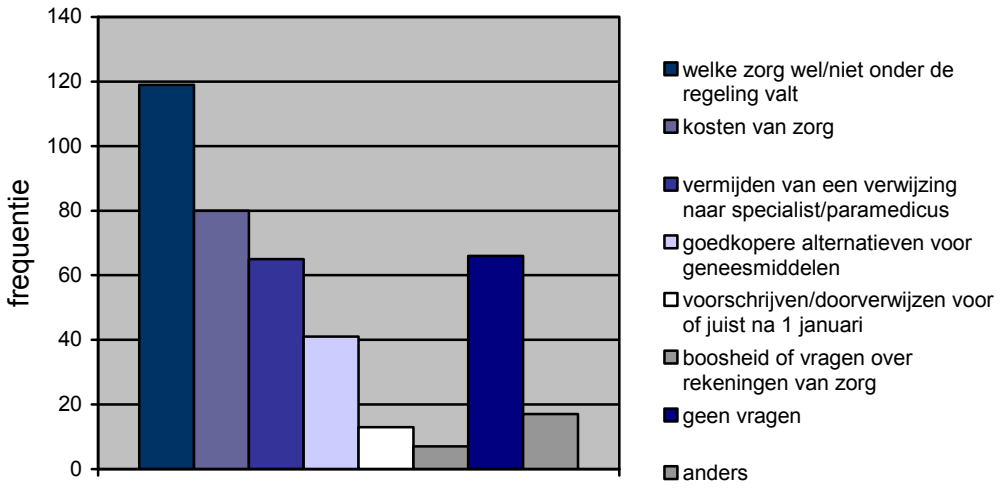
Vormen huisartsen ook een informatiebron als het gaat om het verplicht eigen risico?

Bijna een kwart van de huisartsen geeft aan dat een patiënt hun nog nooit iets heeft gevraagd over het verplicht eigen risico. Voor de overige 75% geldt dat de meeste vragen betrekking hebben op de werkingssfeer van het verplicht eigen risico (119 huisartsen geven aan dat zij vragen hebben gehad over welke zorg onder het verplicht eigen risico valt). Daarnaast worden veel vragen gesteld over de kosten van zorg en over het vermijden van een verwijzing naar een specialist/paramedicus (zie Figuur 5.4).

[87] Van de ondervraagden is 46% huisarts, 41% medisch specialist, 9% sociaalgeneeskundige en 4% verpleeghuisarts of arts verstandelijk gehandicapten. De vragenlijst is uitgezet in de districten Spaarne & Amstel, Den Haag, Zeeland, Limburg en Groningen.

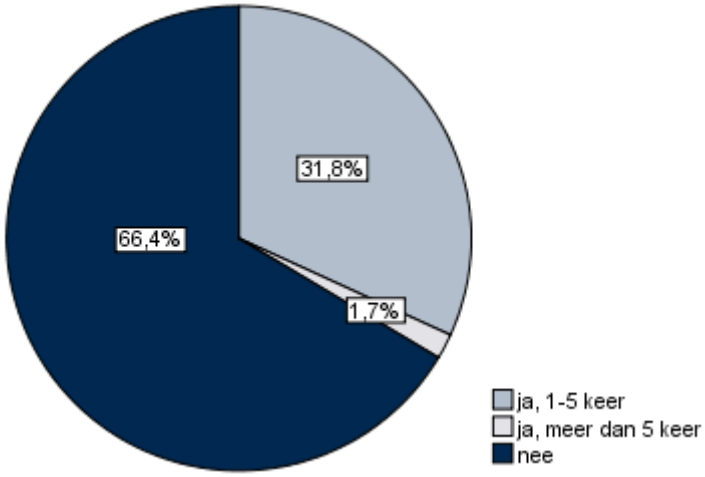
[88] Van Wijlick, E.H.J. & De Rond, M.E.J. (2006). KNMG-monitor Zorgverzekeringswet in de districten Spaarne & Amstel, Den Haag, Zeeland, Limburg en Groningen. Utrecht: KNMG.

Figuur 5.4 Soort/aantal vragen van patiënten over het verplicht eigen risico



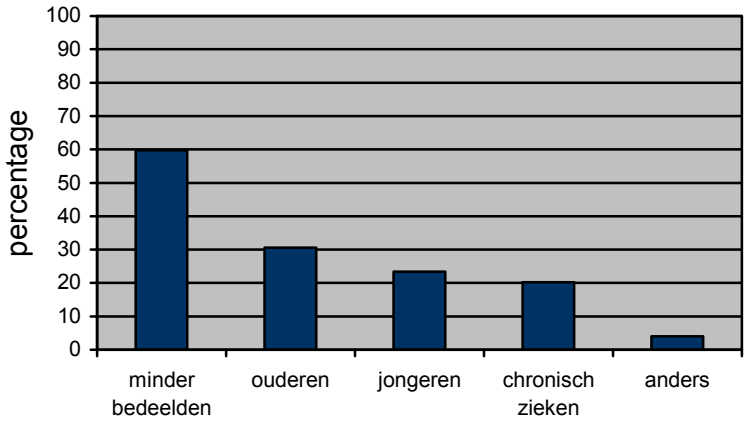
Ruim 65% van de huisartsen geeft aan de afgelopen twee weken geen vragen te hebben gehad. Bijna een derde van de huisartsen heeft hier één tot vijf keer mee te maken gehad (zie Figuur 5.5).

Figuur 5.5 Vragen van patiënten in de afgelopen 2 weken



Het merendeel van de huisartsen geeft aan dat er geen sprake is van een groep patiënten die relatief vaker met vragen over het verplicht eigen risico komt (55,9%). Van de overige 44,1% van de huisartsen geeft bijna 60% aan dat vooral minder bedeelden relatief vaak vragen stellen over het verplicht eigen risico (zie Figuur 5.6).

Figuur 5.6 Patiënten die relatief vaak met vragen over het verplicht eigen risico komen



Huisartsen die een ongezonde patiëntenpopulatie hebben (relatief veel ouderen, chronisch zieken en/of veel patiënten met een slechte algemene gezondheid), geven significant vaker aan dat vragen over het verplicht eigen risico vooral van minder bedeelden komen. Gezien de samenhang tussen (on)gezondheid en (lagere) sociaal economische status, is dit niet vreemd.

5.4.2 *Apothekers en GGZ zorgverleners*

Hoewel het aantal uitgevoerde interviews met apothekers en GGZ zorgverleners niet groot is (n=20), is er een aantal zaken dat duidelijk naar voren komt. Zo lijken apothekers – in vergelijking met GGZ-zorgverleners – beter op de hoogte welke zorgvormen binnen het verplicht eigen risico vallen. Mogelijke redenen hiervoor zijn:

- Zodra zorgverleners in de GGZ patiënten behandelen, is een groot deel van hun verplicht eigen risico al gebruikt. Hierdoor is het verplicht eigen risico van minder groot belang;
- Apothekers worden vaker met vragen over het verplicht eigen risico van patiënten geconfronteerd dan eerstelijnspsychologen en psychiaters. Hierdoor is meer kennis op dit gebied vereist.

Vragen en informatieverschaffing over het verplicht eigen risico

De meeste psychiaters en psychologen geven aan nieuwe patiënten te informeren over de kosten van de behandeling en de relatie tot het verplicht eigen risico (en de eigen bijdrage). Hierbij spelen andere zorgvormen geen rol, wat mogelijk een verklaring is voor de gebrekkige kennis over het verplicht eigen risico.

Een belangrijke consequentie van het verplicht eigen risico voor apothekers zijn de vragen over de rekeningen die patiënten toegestuurd krijgen. Vaak snappen patiënten niet waarom de kosten van de geneesmiddelen op hun verhaald worden. In de rekening die zij van hun zorgverzekeraar ontvangen komt dit ook niet duidelijk naar voren volgens de apothekers. Als gevolg komen de patiënten verhaal halen bij de apotheker. Dit leidt soms tot ergernissen van de apotheker ten opzichte van de zorgverzekeraar. Andere vragen waar zowel apothekers als zorgverleners in de GGZ mee worden geconfronteerd zijn algemene vragen over wat onder het verplicht eigen risico valt en wat voor kosten gebruik van zorg met zich meebrengen. Psychologen krijgen ook vragen over hoe het verplicht eigen risico zich verhoudt tot de eigen bijdrage. Voor sommige patiënten is dit verwarrend, daarom geven psychologen hierover uitleg aan nieuwe patiënten.

Het verplicht eigen risico heeft nauwelijks effect op het gedrag van zorgverleners

Het effect van het verplicht eigen risico op het gedrag van zorgverleners is minimaal. Weinig zorgverleners geven aan rekening te houden met het verplicht eigen risico. Een enkele

zorgverlener is bereid de kosten in het volgende kalenderjaar te boeken wanneer het verplicht eigen risico nog niet volbracht is. Dit heeft niet de beoogde verlaging van de zorgkosten als resultaat. Eén apotheker geeft aan soms goedkopere medicijnen voor te schrijven om de kosten voor de patiënt zo laag mogelijk te houden. Echter, het preferentiebeleid beperkt de vrijheid om andere medicijnen voor te schrijven. Dit kan een reden zijn waarom slechts enkele apothekers rekening houden met het verplicht eigen risico.

5.5 Samenvatting

De informatievoorziening over het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars voldoet aan de eisen. Hoewel de meeste verzekerden inderdaad op de hoogte zijn van het bestaan van het verplicht eigen risico, weten velen niet goed welke zorg wel en niet onder het verplicht eigen risico valt. Deze mate van onbekendheid geldt eveneens voor de compensatieregeling.

De overgrote meerderheid van zorgverleners (huisartsen, apothekers en zorgverleners binnen de GGZ) is bekend met het verplicht eigen risico. Zij zijn vooral goed op te hoogte van de werkingssfeer van het verplicht eigen risico voor die zorgvormen waar ze in de dagelijkse praktijk mee te maken hebben. Huisartsen en apothekers krijgen ook regelmatig vragen over het verplicht eigen risico (werkingssfeer en kosten van zorg).

Zorgverleners houden niet of nauwelijks rekening met het verplicht eigen risico in hun voorschrijf- of verwijsgedrag.

6 Uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling

6.1 Achtergrond

Het verplicht eigen risico beoogt mensen te stimuleren om gepast gebruik te maken van zorg en een bepaalde private bijdrage daaraan te leveren. Zorgverzekeraars maken uitvoeringskosten om het verplicht eigen risico op te leggen en af te handelen. Om te voorkomen dat mensen afzien van noodzakelijke zorg, is een compensatieregeling in het leven geroepen. Om een oordeel te kunnen geven over de werking van het verplicht eigen risico is het nodig om inzicht te verschaffen in de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico en in de uitvoering van de compensatieregeling.

6.2 Algemene uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is een variant van eigen betalingen waar verzekeraars al ervaring mee hebben. Al voordat de no-claim werd vervangen door het verplicht eigen risico was er immers sprake van een systeem met een vrijwillig eigen risico en ook in de voormalige particuliere verzekeringen was veelvuldig sprake van (significante) eigen risicobedragen.

De structurele kosten van het verplicht eigen risico bestaan voornamelijk uit algemene informatieverstrekking, via bijvoorbeeld de website of polis (zie ook hoofdstuk 5 over informatievoorziening), het aanmaken en versturen van specificaties en nota's, (telefonische) contacten met klanten die vragen hebben en incassotrajecten. De uitvoeringslast wordt vooral bepaald door het aantal keer dat met verzekerden wordt gecommuniceerd over rekeningen van zorgconsumptie en de 'vulling' van het eigen risico. Daarnaast resulteren inning en inningrisico's in uitvoeringslasten voor verzekeraars.

Sommige zorgverzekeraars sturen maar één keer per jaar een bericht aan hun verzekerden over het verplicht eigen risico, namelijk op het moment dat het verplicht eigen risicobedrag volledig gevuld is. Op dat moment krijgt de verzekerde het verzoek om het complete eigen risico te voldoen. Andere verzekeraars sturen meerdere berichten per jaar, na iedere rekening die de verzekeraar heeft ontvangen en afgehandeld tot het moment dat het verplicht eigen risicobedrag volledig gevuld is.

Telefonisch contact vindt veelvuldig plaats nadat een zorgverzekeraar een factuur verstuurt om het verplicht eigen risico te voldoen. Soms kunnen verzekerden zich niet herinneren dat ze een behandeling hebben ondergaan, of vragen ze zich af waarom bepaalde zaken wel of juist niet onder het verplicht eigen risico vallen. Daarnaast is er veelvuldig contact tussen verzekerde en zorgverzekeraar om een betalingsregeling te treffen na het opleggen van de verplichting.

Bij de invoering van de no-claim teruggaveregeling is een bedrag geraamd voor de extra uitvoeringskosten.[89] Deze kosten hadden een bandbreedte van 25 miljoen tot 28,5 miljoen euro en zijn destijds vergeleken met geraamde uitvoeringskosten van een verplicht eigen risicoregeling.

[89] Tweede Kamer. Kamerstukken 2003/2004, 29483, nr. 3.

Uit de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling blijkt dat in 2005 de uitvoeringskosten volgens de verzekeraars (ziekenfondsen) gemiddeld circa 2 euro per verzekerde van 18 jaar en ouder bedroegen, waarbij een deel van deze kosten incidenteel van aard was.[90]

Bij het wetsvoorstel voor de invoering van het verplicht eigen risico is in 2007 een nieuwe inschatting gemaakt.[91] De raming van de *structurele* uitvoeringskosten van zorgverzekeraars voor het verplicht eigen risico bedroeg circa 27 miljoen euro.

De NZa heeft de administratieve lasten voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling onderzocht[92] (zie ook paragraaf 5.4). Uit deze inventarisatie bij verzekeraars bleek dat de administratiekosten voor de in- en uitvoering van het verplicht eigen risico hoger uitkwamen. In 2008 bedroegen de incidentele kosten op macroniveau iets minder dan 9 miljoen euro (met een bandbreedte van 6 tot 14 miljoen euro). De structurele kosten op macroniveau kwamen in 2008 uit op ongeveer 40 miljoen euro (bandbreedte 31 tot 46 miljoen euro). Deze bedragen zijn in een gesprek met ZN bevestigd.

In deze evaluatie is in samenspraak met de verzekeraars een nadere berekening van de uitvoeringskosten gemaakt. We hebben daarbij twee sporen bewandeld. Allereerst hebben we via een vragenlijst een algemene uitvraag gedaan naar de gemiddelde kosten per verzekerde. Ten tweede hebben we in een aantal werksessies samen met zorgverzekeraars een gedetailleerde kostenberekening gemaakt. In totaal vertegenwoordigen de onderzochte zorgverzekeraars of afzonderlijke labels 10,3 miljoen verzekerden. De uitkomsten bij de verschillende zorgverzekeraars zijn geanonimiseerd weergegeven (V1 tot en met V7).

Tabel 6.1 Uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar (gemiddeld per verzekerde, 2009)

Verzekeraar	Algemene uitvraag	Gedetailleerde berekening	Gedetailleerde berekening plus portokosten
V1	€ 0,57		
V2	€ 1,76		
V3	€ 3,28		
V4	€ 3,34		
V5		€ 0,91	€ 3,91
V6		€ 1,12	€ 1,62
V7		€ 1,18	€ 1,68
Gewogen gemiddelde	**€ 2,34**	**€ 1,06**	**€ 2,52**

Bron: Vragenlijst aan zorgverzekeraars en diepte-interviews (bewerking Berenschot)

Het gewogen gemiddelde vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden resulteert in een bedrag van 38,4 miljoen euro als we uitgaan van de algemene uitvraag. De gedetailleerde berekening laat een bedrag van 17,4 miljoen euro aan uitvoeringskosten exclusief portokosten zien. Wanneer we de portokosten meenemen in de berekening, komen de uitvoeringskosten uit op 41,4 miljoen euro dat dicht bij de eerdere berekening door de NZa (2008) uitkomt.

---

90 Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006, p. 5.

91 Wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claim teruggave door een verplicht eigen risico (TK 31094), nr. 6, p. 36.

92 NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009

De uitvoeringskosten verschillen echter sterk per verzekeraar, zo blijkt uit de bovenstaande tabel.[93] De meest informatieve manier – dat wil zeggen na iedere genoten zorg inzicht geven in de uitputting van het verplicht eigen risico – is tevens de duurste manier vanwege de bijkomende portokosten. De regeling verplicht eigen risico geeft zorgverzekeraars veel ruimte voor een eigen aanpak. De verschillen in uitvoeringskosten komen dan ook voort uit de aanpak die zorgverzekeraars kiezen.

Een mogelijkheid voor verzekeraars om hun structurele administratiekosten voor het verplicht eigen risico te beperken is de premiebetaling en het verrekenen van het verplicht eigen risico te integreren. Automatische incasso verlaagt de uitvoeringskosten en kent gemiddeld een lager debiteurenrisico. Communicatie over het resterende bedrag aan verplicht eigen risico tegelijk met de mailing over de verlenging van de polis levert eveneens een kostenreductie, maar door het communicatiemoment (circa half november) zal het gedragseffect relatief beperkt zijn.

Verzekeraars rapporteren een jaarlijkse toename van het aantal verzoeken om gespreide betaling van het verplicht eigen risico. Oorzaak hiervan is het ieder jaar verder oplopend bedrag van het verplicht eigen risico, almede het aantal betalingsregelingen dat gerelateerd is aan de financiële situatie van huishoudens. Na iedere verhoging van het verplicht eigen risico per 1 januari is een duidelijke toename van telefonische contacten met verzekerden zichtbaar. Het komt bovendien steeds vaker voor dat verzekeraars aan verzekerden de “default” optie geven om de betaling van hun verplicht eigen risico te spreiden over tien of twaalf maanden. Daarmee verschuift de vormgeving van de incasso steeds meer in de richting van de no-claim teruggaveregeling.

6.3 Uitvoeringskosten van de compensatieregeling

Naast uitvoering van het verplicht eigen risico zijn er kosten voor de uitvoering van de compensatieregeling. Uit de NZa Monitor Eigen risico 2008 (maart 2009) valt af te leiden dat deze kosten voor zorgverzekeraars marginaal zijn. Veel gegevens leveren de verzekeraars voor andere doeleinden al (geautomatiseerd) aan Vektis, bijvoorbeeld in het kader van de risicoverevening. Ook het aanleveren van NAW-gegevens en bankrekeningnummers is grotendeels geautomatiseerd. Tijdens de gesprekken met betrokkenen is deze bevinding bevestigd. Wel is er soms een individuele check nodig om het recht op compensatie te verzilveren, wat enige uitvoeringskosten met zich meebrengt. Daar komt bij dat declaraties door sommige zorgaanbieders pas geruime tijd nadat een behandeling is afgesloten worden ingediend, of dat sommige verzekeraars werken via volmachten. In beide gevallen zit er een aanzienlijke vertraging in de verwerking van gegevens, waardoor het recht dat mensen hebben op compensatie pas later zichtbaar wordt in de systemen.

Het CAK meldt in haar jaarverslagen welke kosten voor uitvoering van de compensatieregeling gemaakt worden. In 2008 werd een specifiek budget toegekend van in totaal 7,723 miljoen euro.[94] De projectkosten voor de financiering van het opzetten van de uitvoering zijn uitgekomen op 2,326 miljoen euro, de uitvoeringskosten op 5,514 miljoen euro. In 2009 is een budget beheerskosten voor de uitvoering opgenomen van 5,590 miljoen euro.

---

93 Dit komt overeen met de bevindingen bij de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling. Ook daar werd geconstateerd dat er een grote variatie was in de uitvoeringskosten tussen ziekenfondsen. De kosten liepen uiteen van 1 tot 10 euro per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder (zie voetnoot 46, p. 26).

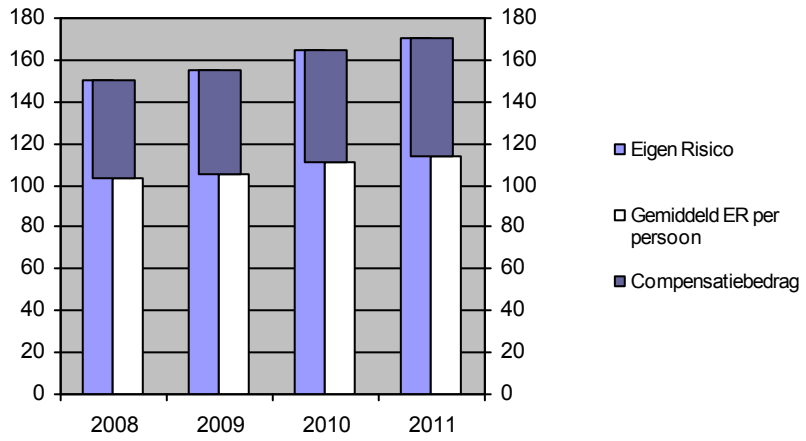
94 http://www.hetcak.nl/public/Bestanden/Internet/CAK%20Jaarverslag%2008%20compleet%20LR.pdf, p.45.

6.4 Uitvoering van de compensatieregeling

Schets van de regeling

Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. De compensatie bedraagt 47 euro per verzekerde in 2008 (50 euro in 2009, 54 euro in 2010 en 56 euro in 2011). Chronisch zieken en mensen met een handicap hebben hoge zorgkosten en betalen altijd het volledige verplicht eigen risico van 150 euro (155 euro in 2009, 165 euro in 2010 en 170 euro in 2011). Een verzekerde in Nederland betaalt gemiddeld 103 euro (105 euro in 2009, 111 euro in 2010) per jaar aan verplicht eigen risico. Door chronisch zieken en mensen met een handicap compensatie te geven, betaalt iedereen per saldo en gemiddeld hetzelfde.

Figuur 6.1 Ontwikkeling verplicht eigen risico en compensatiebedrag



In 2008 bedroeg de compensatie nog 31,3% van het eigen risico bedrag, in 2011 is dit opgelopen tot 32,9%.

Bepalen van de doelgroep

Bij de behandeling van het wetsvoorstel om de no-claim teruggave te vervangen door een verplicht eigen risico is uitgebreid gedebatteerd over de afbakening van de te compenseren groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Er is toen gekozen voor bestaande registraties en bruikbare bestanden met gegevens om de beoogde groep zo goed mogelijk af te bakenen.[95] Voor de compensatie 2008 kwamen in aanmerking:

- Mensen die op 1 juli 2008 tenminste een half jaar in een AWBZ-instelling verbleven;[96]
- Mensen die een bepaalde chronische aandoening hebben waarvoor in 2006 en 2007 meer dan 180 standaard dagdoseringen van specifieke geneesmiddelen zijn afgeleverd.[97]

Op 23 mei 2008 werd bekend gemaakt dat voor de compensatie 2009 de doelgroep werd uitgebreid met mensen die in 2006 en in 2007 waren ingedeeld in een diagnose kostengroep (DKG).[98] Verzekerden die onder een DKG vallen zijn meestal in een ziekenhuis opgenomen voor

---

95 Wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claim teruggave door een verplicht eigen risico (TK 31094).

96 AWBZ-instellingen zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen.

97 Een standaard dagdosering (DDD) is een internationaal aanvaarde maat voor de hoeveelheid werkzame stof in geneesmiddelen die een volwassene gemiddeld per dag gebruikt – zie ook hoofdstuk 3.

98 Zie www.regering.nl/actueel/persberichten_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning_verplicht_eigen_risico_in_2009.

een bepaalde chronische aandoening. De groep zou hiermee toenemen met maximaal 50.000 personen, de uitgaven van de maatregel door extra uitgekeerde compensatie met maximaal 2,5 miljoen euro.

Met de criteria voor 2008 kwamen nog circa 1,85 miljoen verzekerden voor compensatie in aanmerking. In 2009 waren dit ongeveer 1,9 miljoen verzekerden en dit liep in 2010 op tot 1,96 miljoen verzekerden.

Proces (ketenpartners)

Het CAK voert de CER uit en doet de uitbetaling van het compensatiebedrag. Aangezien het bij gebrek aan wettelijke grondslag verboden is om de gegevens over medicijngebruik van verzekerden aan het CAK te sturen, is het niet de enige schakel in het proces. Zorgverzekeraars hebben dat inzicht wel, dus heeft het CAK heeft met ZN voor de uitvoering van de compensatieregeling in 2008 een aantal afspraken gemaakt over de aanlevering van gegevensbestanden. Het CAK ontvangt via Vektis gegevens van de zorgverzekeraars over verzekerden die recht hebben op de CER.[99] Op grond van de informatie van zorgverzekeraars keert het CAK de CER uit.

Box 6.1 Wat doet het CAK?

Het CAK voert een aantal regelingen uit, namelijk de inning van de eigen bijdrage Zorg met Verblijf (AWBZ), inning van de eigen bijdragen Zorg zonder Verblijf (AWBZ en Wmo) en de uitbetaling van de CER. Daarnaast regelt het CAK de financiering bijzondere ziektekosten, dit is de betaling van alle AWBZ-verstrekkingen. Per 1 januari 2009 is daar de uitbetaling van de toeslag in het kader van de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg) aan toegevoegd. In het jaarverslag 2008 is vermeld dat het CAK per jaar 876.000 beschikkingen en 6.500.000 facturen verstuurde, 4.674.000 betalingen registreerde en 7.421.000 cliëntgegevens moest opvragen en verwerken. De CER wordt uitgevoerd in een eigen structuur onafhankelijk van de andere regelingen.

De financieel administratieve dienstverlening van het CAK vormt in een bepaald opzicht het sluitstuk van een keten van informatie-uitwisseling waarbinnen een groot aantal verschillende organisaties elk een eigen rol vervult en een bijdrage aanlevert. Wanneer de informatieketen niet optimaal functioneert, komt dat direct tot uitdrukking in de dienstverlening door het CAK en in de kwaliteitservaring van de cliënt.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling verricht het CAK de volgende werkzaamheden:

- Vaststellen welke verzekerden recht hebben op compensatie;
- Verzenden van de beschikkingen aan verzekerden die recht hebben op compensatie;
- Verwerken van bezwaarschriften;
- Verwerken van aanvragen voor compensatie door verzekerden die geen beschikking hebben ontvangen, maar menen hier wel recht op te hebben;
- Uitbetalen van de compensatie.

In de eerste en tweede Monitor Eigen risico van de NZa (uitgebracht in juli en december 2008) is uitgelegd hoe de selectie van de juiste rechthebbenden in zijn werk gaat. Voor de uitvoering van de compensatieregeling heeft het CAK de volgende gegevens nodig:

[99] In het Jaarverslag over 2008 van het CAK wordt expliciet opgemerkt dat het CAK de juistheid van de gegevens niet kan controleren. Er zit in dat opzicht een ketenafhankelijkheid in het proces.

- Burgerservicenummers (BSN): Vektis maakt in opdracht van de zorgverzekeraars een selectie van de BSN van FKG-verzekerden op basis van de farmaciebestanden van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de volledigheid van die bestanden;
- NAW-gegevens: Nadat de BSN zijn geselecteerd stuurt Vektis deze naar Vecozo. Vecozo verstrekt de bijbehorende NAW-gegevens aan het CAK en aan de zorgverzekeraars;
- Bank- en girorekeningnummers: De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de aanlevering van de bij de geselecteerde BSN behorende bank- of girorekeningnummers aan het CAK;
- Het CAK heeft zelf – dankzij de uitvoering van de eigen bijdrage regelingen in de AWBZ alle gegevens (BSN, NAW en bank- en girorekeningnummers) van de verzekerden die meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

Uitvoering

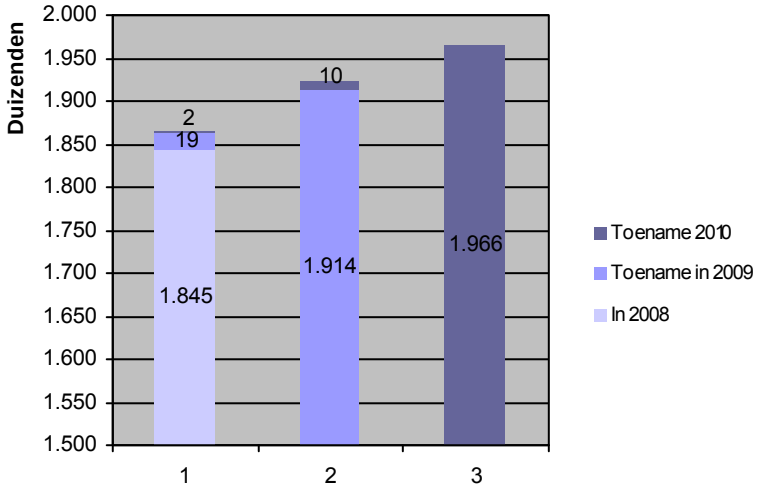
Dankzij de samenwerking van het CAK met Vektis, Vecozo en de zorgverzekeraars zijn in 2008 de BSN, adresgegevens en rekeningnummers bijeengebracht van ruim 1,7 miljoen FKG-verzekerden die in aanmerking komen voor een CER. Daarnaast voldeden ruim 140.000 AWBZ-verzekerden aan de voorwaarde van zes maanden aaneengesloten verblijf in een AWBZ-instelling.

In totaliteit heeft het CAK in 2008 ruim 1,8 miljoen beschikkingen verzonden. Eind december 2008 waren 1.778.115 uitkeringen verricht. Voor het jaar 2008 zijn daarna in 2009 en 2010 iets meer dan 48.000 respectievelijk 6.000 uitkeringen gedaan. Daarmee komt het totale aantal betaalde compensaties voor 2008 uit op 1.832.356.

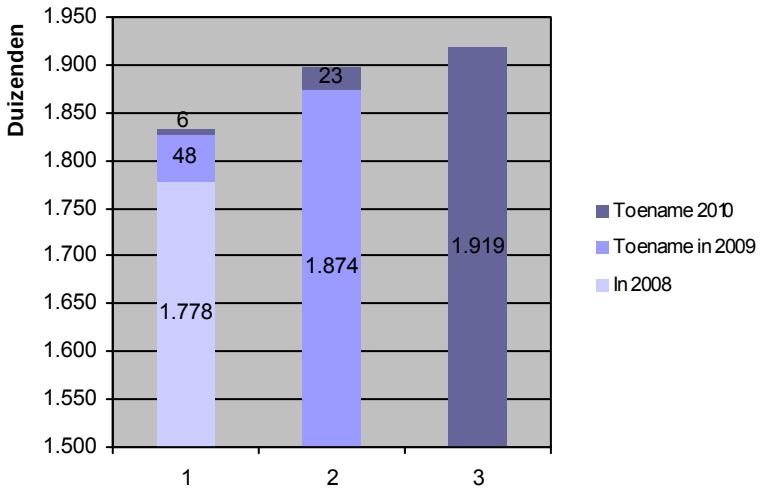
Voor compensatiejaar 2009 verzond het CAK aanvankelijk ruim 1,9 miljoen beschikkingen. Er zijn 1.874.141 uitkeringen verricht. Voor het jaar 2009 zijn in 2010 nog eens 23.162 betalingen gedaan waarmee het totale aantal betaalde compensaties voor 2009 uitkomt op 1.897.303.

Voor compensatiejaar 2010 verzond het CAK 1.966.180 beschikkingen en werden 1.919.286 betalingen verricht. Daarmee heeft circa 98% van de rechthebbenden de compensatie in 2010 ontvangen. Minister Schippers meldt op 1 februari 2011 naar aanleiding van Kamervragen dat er nog 27.000 rekeningnummers ontbreken.

Figuur 6.2 Aantal beschikkingen CER 2008-2010

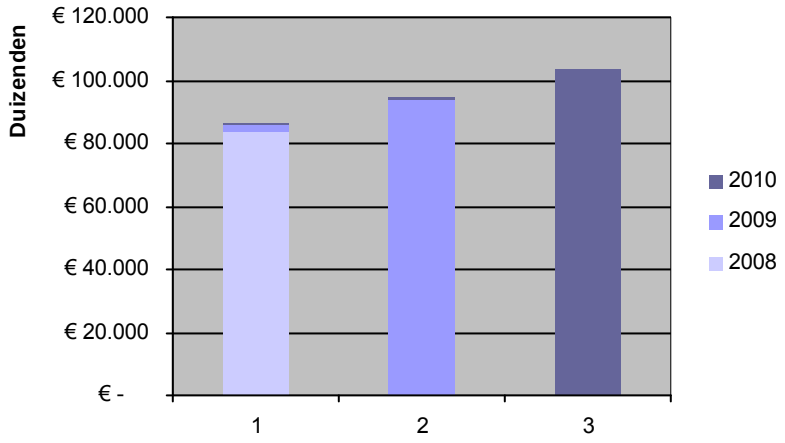


Figuur 6.3 Aantal (na)betalingen CER 2008-2010



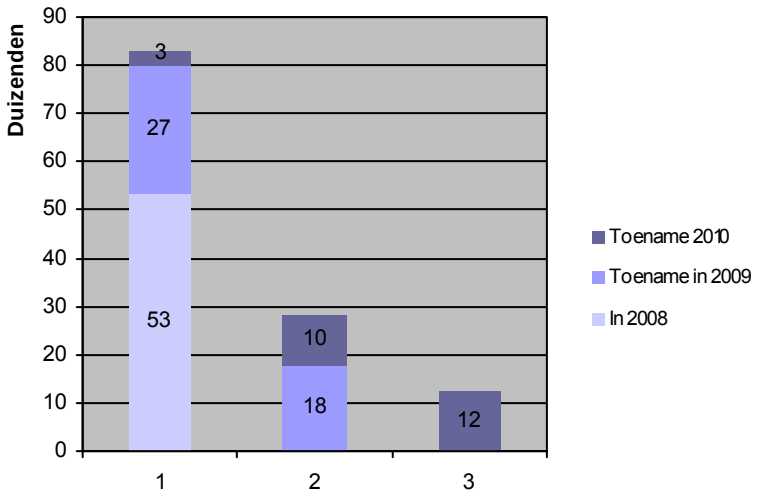
Het totale bedrag dat wordt uitgekeerd neemt ook ieder jaar toe. In 2008 bedroeg het 83,6 miljoen euro, in 2009 circa 95 miljoen euro, inclusief ruim 2 miljoen euro voor later uitgekeerde compensatie over het jaar 2008. Het uitgekeerde bedrag is dankzij de toenemende doelgroep en het hogere compensatiebedrag in 2010 opgelopen tot meer dan 105 miljoen euro.

Figuur 6.4 Totale betaling aan compensatie verplicht eigen risico 2008-2010



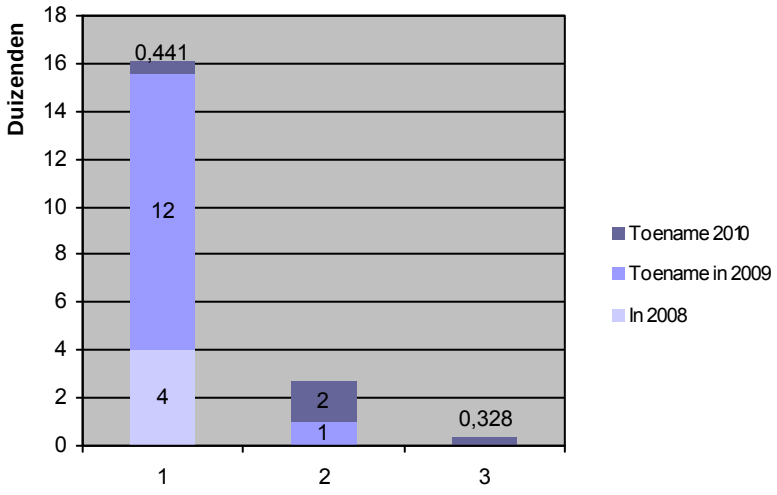
Het eerste jaar van de regeling meenden ruim 80.000 verzekerden, die aanvankelijk niet in aanmerking kwamen voor compensatie, dat ze daar wel recht hadden. Het CAK kreeg dan ook in 2008 een groot aantal aanvraagformulieren te verwerken. In 2009 en 2010 is het aantal extra aanvragen steeds verder afgenomen.

Figuur 6.5 Aantal aanvragen CER 2008-2010



Van de extra aanvragen wordt het merendeel afgewezen. In sommige gevallen leidt dit tot bezwaarschriften. Voor de CER 2008 waren er in totaal 16.050 bezwaarschriften ingediend [100]. Voor de compensatie over 2009 en 2010 werden 2.684 en 328 bezwaarschriften ingediend. Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen: mensen begrijpen de regeling steeds beter of mensen nemen niet meer de moeite na één of twee afwijzingen.

Figuur 6.6 Aantal bezwaarschriften CER 2008-2010



Over het jaar 2008 zijn circa 475 beroepszaken ingediend waarvan een deel later is ingetrokken (136 zaken) of ongegrond verklaard (34 zaken). In 194 zaken was ultimo 2009 nog geen uitspraak gedaan. Voor 2009 zijn de voorlopige cijfers over het aantal extra aanvragen (17.642), afwijzingen (15.651) en bezwaren (1.044) aanzienlijk lager (zie onderstaande tabel).

[100] Gebaseerd op cijfers beschikbaar eind 2010.

Tabel 6.2 Aantal beroepszaken over de Compensatieregeling Eigen Risico in 2008 en 2009

	Aantal zaken 2008	Aantal zaken 2009
Ingediend	475	165
Ingetrokken door eiser	136	5
Herzien door CAK	61	4
Uitspraak bekend, waarvan:	84	309
- Gegrond*	48	196
- Ongegrond	34	101
- Niet ontvankelijk	2	12
Nog te gaan in 2010 / nog geen uitspraak	194	41

* In 26 gevallen bleef het eerdere besluit voor het niet toekennen van compensatie in stand. In 22 gevallen besloot de rechter vanuit verschillende oogpunten dat het CAK alsnog de CER moest toekennen.
Bron: CAK, Cijfers CER 2008, 2009 en 2010 (februari 2011).

Uitvoeringsproblemen

De vraag is in hoeverre de uitvoering van de compensatieregeling soepel is verlopen. Bij de no-claim teruggaveregeling deden zich weinig uitvoeringsproblemen voor, waarbij de verzekerden positiever over de uitvoering oordeelden dan de verzekeraars (ziekenfondsen).[101] De kernvragen zijn of met compensatie de doelgroep voldoende bereikt wordt en of er knelpunten zijn bij de uitvoering van de regeling.

De NZa schetst in zijn Monitor dat voor de betaling van de compensatie in 2008 gebruik is gemaakt van farmaciebestanden uit 2006 en 2007 die in grote lijnen (maar niet 100%) volledig waren. Over 2007 was 0,03% van de verzekerden (4.359) personen niet in beeld. Dit valt ruimschoots binnen de tolerantie die de NZa normaliter hanteert bij het toezicht op de verevening. Dit neemt niet weg dat in de praktijk naar schatting 1.800 tot 1.900 personen onterecht geen beschikking van het CAK ontvangen hebben, terwijl ze wel binnen de afgebakende doelgroep vallen.

Daarnaast ontbrak aanvankelijk een groot aantal bank- en girorekeningnummers. Dit knelpunt is opgelost door op grote schaal antwoordcoupons mee te sturen waarbij mensen het rekeningnummer konden aangeven.

Tot slot was het voor een deel van de rechthebbenden lastig om de juiste NAW-gegevens te achterhalen. Hier hebben het CAK en ZN gezamenlijk actie op ondernomen.

De ex-ante evaluatie die de NZa heeft uitgevoerd in juli 2008 constateert dat de procedures die zijn opgesteld het risico op fouten in sterke mate beperken. De aansluiting die partijen tussen de verschillende schakels hebben gecreëerd, blijven wel een belangrijk punt van aandacht omdat de regeling geregeld wordt gewijzigd, bijvoorbeeld als er nieuwe doelgroepen worden toegevoegd.

In de jaren 2009 en vooral 2010 lijken de ketenpartners dankzij de uitvoering van de Wtcg beter aan elkaar gewend te zijn. De werkrelaties zijn goed, het kennisniveau van alle ketenpartners is in de loop van de tijd toegenomen en door nieuwe datawarehouses gaat de automatische overdracht van gegevens steeds beter. Het CAK is eind 2008 gestart met de voorbereidingen voor de uitvoering van de Wtcg. De uitvoering van de wettelijke regeling staat onder de verantwoordelijkheid van een externe stuurgroep, waarin de verschillende betrokken ketenpartners

[101] Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006, p. 5.

– vertegenwoordigers van onder andere het ministerie van VWS, het CAK, ZN, Vektis en het CIZ – zitting hebben. Binnen de CAK-organisatie is een programma met een stuurgroep ingesteld die gericht is op ontwerp, opbouw en acceptatietesten van te ontwikkelen applicaties, diensten en producten.

Afbakening van de doelgroep

Wat betreft het bereik van de doelgroep is het in theorie mogelijk dat rechthebbenden geen compensatie hebben ontvangen of dat mensen wel compensatie hebben ontvangen terwijl ze er geen recht op hadden.

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad) heeft in oktober 2008 voor patiënten een meldpunt opgericht ('Meldpunt 47 euro'). Tussen oktober 2008 en maart 2009 kwamen ruim 3.000 meldingen binnen. Door de gehanteerde afbakening - verzekerden die in 2006 en 2007 in een FKG waren ingedeeld[102] en verzekerden die op 1 juli 2008 langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling waren opgenomen – kreeg een grote groep mensen geen compensatie terwijl ze er naar de mening van de CG-raad wel recht op zouden moeten hebben.[103]

Het gaat onder andere om mensen met reuma, hartpatiënten, mensen met borstkanker of diabetes, nierpatiënten en mensen met zeldzame ziekten. Van deze mensen ontvangt 87% geen compensatie, terwijl ze wel chronisch ziek zijn. Als belangrijkste oorzaken worden genoemd de onduidelijke procedure, administratieve fouten en te weinig voorlichting over de regeling.

Volgens het CAK voldoet het overgrote deel van deze verzekerden dat een aanvraag heeft ingediend, niet aan de geldende afbakeningscriteria. Wanneer bij nadere controle naar aanleiding van de aanvraag bleek dat een verzekerde toch aan de criteria voldeed, heeft het CAK alsnog de compensatie toegekend.

De problemen rondom afbakeningscriteria hebben te maken met het ontwerp van de regeling. Het medicijngebruik voor reumapatiënten wordt weliswaar goed geregistreerd, maar verzekeraars en apothekers hanteren geen uniforme registratiemethode. Dit kan zijn omdat het medicijnen betreft die apothekers zelf bereiden (dus geen landelijke code krijgen) of omdat het medicijnen betreft die met een andere toedieningsvorm op de medicijnlijst voorkomen. Daarnaast komen sommige aandoeningen niet op de medicijnlijst voor en vallen sommige groepen patiënten pas in 2009 of 2010 binnen de afbakening van de groep.

Voor de compensatie 2009 is de afbakening uitgebreid met het criterium dat mensen twee jaar zijn ingedeeld in een DKG waarmee het formeel recht op compensatie meer in lijn kwam met het 'moreel' recht omdat mensen tot de beoogde doelgroep behoren.

Uit het feit dat over 2009 minder extra aanvragen zijn gedaan, minder afwijzingen nodig waren en minder nabetalingen zijn verricht, kunnen we afleiden dat de doelgroep inderdaad in 2009 beter is bereikt door de uitbreiding van de afbakeningscriteria. Ook de verbeterde communicatie richting rechthebbenden, bijvoorbeeld over het lastige begrip 'dagdosering', heeft hieraan bijgedragen.

---

[102] Met uitzondering van de FKG 'hoog cholesterol'.

[103] Deze criteria zijn vastgelegd in artikel 3a.1 van het Besluit zorgverzekering en artikel 8.3 van de Regeling Zorgverzekering.

Integratie CER en Wtcg

Naast de CER kunnen verzekerden ook een compensatie op basis van de Wtcg ontvangen. Beide regeling beogen de doelgroep chronisch zieken te compenseren, maar hebben een verschillende doelstelling en andere afbakening van de doelgroep.

Ondanks dat de CER en de Wtcg van elkaar verschillen, komen deze op een aantal aspecten ook sterk overeen. Op de eerste plaats is de basisredenering in de afbakening van de doelgroepen in beide regelingen gelijk, namelijk compensatie op basis van verwachte (zorg)kosten. Hierdoor komen ook de beide doelgroepen deels overeen. Tevens worden beide regelingen uitgevoerd door het CAK.

Gezien de overeenkomsten tussen beide regelingen verdient het de aanbeveling om te onderzoeken of beide regelingen geïntegreerd kunnen worden. Dit is mogelijk op een tweetal niveaus:

1. Integratie van de uitvoering

   Om dit moment worden beide regelingen op een ander moment in het jaar door het CAK uitgevoerd. De administratieve processen van het vaststellen van de doelgroep, het versturen van de beschikking, het verwerken van bezwaren en andere reacties verloopt gescheiden. Een integratie van de uitvoering zou betekenen dat het CAK gelijktijdig de CER en Wtcg uitvoert, zodat de beschikking voor beide regelingen in dezelfde brief aan de burger kan worden gestuurd. Het is mogelijk dat integratie van de uitvoering leidt tot een besparing van de uitvoeringskosten. Bovendien leidt dit tot een vermindering van het aantal brieven dat burgers van het CAK ontvangen;

2. Integratie van de regelingen

   In principe is het mogelijk om beide regelingen te integreren. Het verplicht eigen risico zou dan als meerkosten gelden, op grond waarvan (in de huidige Wtcg) compensatie ontvangen kan worden. Deze integratie zou de begrijpelijkheid van de regelingen voor burgers ten goede komen. Bovendien zou dit op termijn tot een besparing van de uitvoeringskosten kunnen leiden.

Bij de meest recente voortgangsrapportage Wtcg heeft minister Schippers aangegeven dat de Wtcg na de uitkeringsronde van 2011 zal worden geëvalueerd. Hierbij wordt ook expliciet de mogelijkheden voor integratie met de CER genoemd als onderwerp.

6.5 Samenvatting

De uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico zijn hoger dan geraamd. Deze kosten komen uit op ongeveer 40 miljoen euro, terwijl bij het ontwerp van de regeling rekening was gehouden met 27 miljoen euro structurele uitvoeringskosten.

De uitvoering van de CER verloopt goed, er zijn geen noemenswaardige problemen. Prestaties (uitgedrukt in cijfers) zijn verder verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Dit komt voornamelijk door de verbeterde samenwerking met verzekeraars en het leereffect dat is opgetreden na introductie van de Wtcg.

Ook de vormgeving van de regeling (afbakening van de doelgroep) wordt steeds verder verbeterd om te voorkomen dat groepen verzekerden ten onrechte geen compensatie krijgen. Verzekerden die met terugwerkende kracht rechthebbende blijken te zijn, kunnen tot vijf jaar later de betaling van het compensatiebedrag tegemoet zien.

Een vraagstuk voor de toekomst is in welke mate het mogelijk is potentiële synergievoordelen te verzilveren door integratie van de CER en de Wtcg. Dit kan zich richten op het uitvoeringsniveau binnen het CAK of op integratie van beide regelingen.

7 Sturingsinstrument

7.1 Achtergrond

Sinds januari 2009 kunnen zorgverzekeraars het verplicht eigen risico als sturingsinstrument inzetten om de keuzes van hun verzekerden te beïnvloeden. Bij Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) kunnen vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen of hij de kosten geheel of gedeeltelijk uitsluit van het verplicht eigen risico. Er geldt geen beperking voor bepaalde zorgvormen, waardoor de zorgverzekeraars voldoende gelegenheid krijgen ervaring op te doen met het sturingsinstrument.

Als een verzekerde gebruik maakt van een voorkeursaanbieder, kunnen de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico gehouden worden. Hoe beter verzekeraars het keuzegedrag van hun verzekerden kunnen sturen, hoe effectiever ze druk kunnen uitoefenen op zorgaanbieders om hun prestaties te verbeteren. Daarnaast kan het sturingsinstrument ook worden gebruikt bij de keuze voor preferente medicijnen en hulpmiddelen of kan de zorgverzekeraar het eigen risico geheel of gedeeltelijk teruggeven als de verzekerde een preventieprogramma ter ondersteuning van de behandeling van diabetes, COPD, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht volgt. Dit laatste wordt in de praktijk niet toegepast.

7.2 Zijn verzekerden bekend met het sturingsinstrument?

Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico en het sturingsinstrument elkaar beïnvloeden. Bij de informatievoorziening dient de zorgverzekeraar duidelijk te maken of gebruik wordt gemaakt van het sturingsinstrument en zo ja, voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.[104]

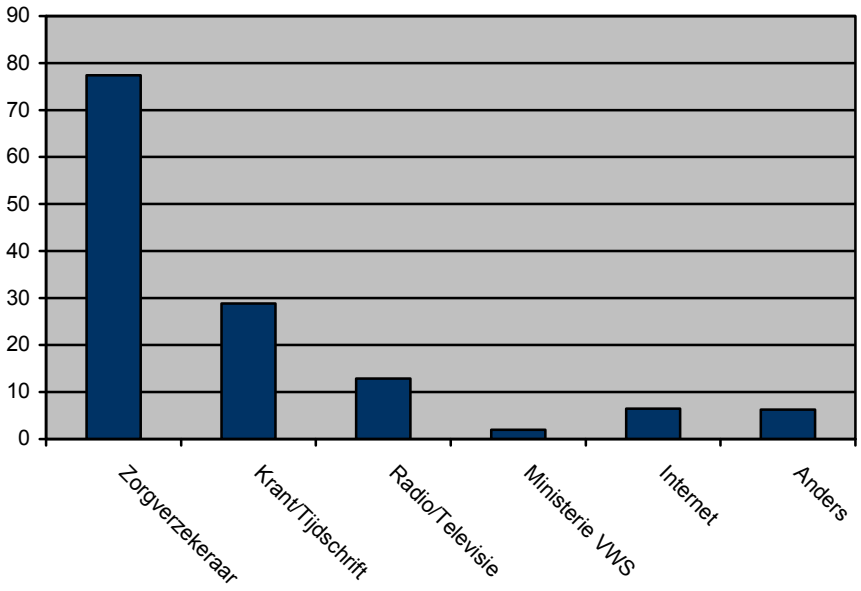
Uit het vragenlijstonderzoek (2010) onder leden van het CoPa (voor achtergrondinformatie zie paragraaf 5.3), blijkt dat ruim driekwart (n=609; 77,9%) van de respondenten *niet* bekend is met het sturingsinstrument.

Informatievoorziening over het sturingsinstrument

De respondenten die wel bekend waren met de mogelijkheid voor zorgverzekeraars om het verplicht eigen risico voor bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk niet in rekening te brengen (n=173), is gevraagd op welke manier(en) ze hierover geïnformeerd waren. De website of brochure van de zorgverzekeraar is veruit de belangrijkste informatiebron voor respondenten. Als overige informatiebronnen worden de apotheek, kennissen/familie, het werk, de zorgverlener en de rekening enkele keren genoemd (zie Figuur 7.1).

[104] NZa. Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, september 2009. zie http://www.nza.nl/7113/10118/84814/Richtsnoer_Informatieverstrekking_Ziektekostenverzekeraars_en_volmachten_2009_definitief_WEB.pdf.

Figuur 7.1 Hoe bent u geïnformeerd over het sturingsinstrument?

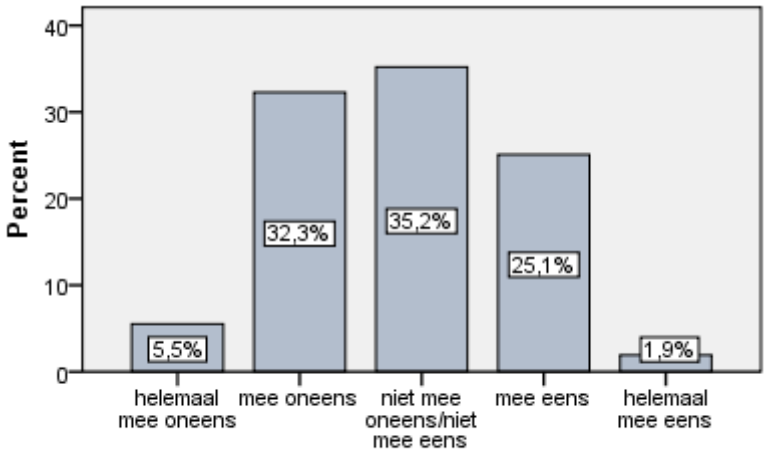


Vervolgens is aan de respondenten gevraagd hun mening te geven over de volgende stellingen met betrekking tot het sturingsinstrument:

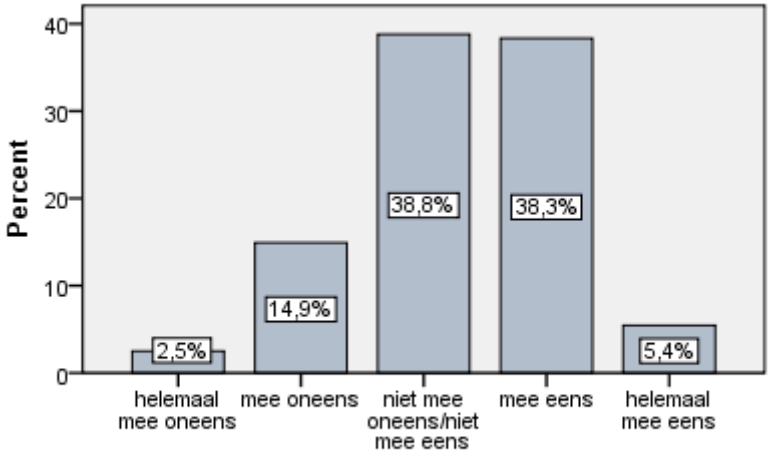
- De informatievoorziening is voldoende en duidelijk;
- Het is onduidelijk dat het verplicht eigen risico alleen voor voorkeurszorg wordt kwijtgescholden.

Slechts 27% van de respondenten stemt in met de eerste stelling (zie Figuur 7.2). Maar liefst 43.7% van de respondenten vindt dat het onduidelijk is dat het verplicht eigen risico alleen voor voorkeurszorg wordt kwijtgescholden (zie Figuur 7.3). Voor beide stellingen geldt overigens dat meer dan een derde van de respondenten het niet eens en niet oneens is met de stelling. Dit heeft vermoedelijk te maken met de eerdere bevinding dat de meeste respondenten überhaupt niet bekend zijn met het sturingsinstrument.

Figuur 7.2 De informatie over het sturingsinstrument is voldoende en duidelijk



Figuur 7.3 Het is onduidelijk dat het verplicht eigen risico alleen voor voorkeurszorg wordt kwijtgescholden



Van de 173 respondenten die bekend zijn met de mogelijkheid van zorgverzekeraars om het verplicht eigen risico voor bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk niet in rekening te brengen, weet meer dan de helft (54.2%) niet of de eigen zorgverzekeraar daar gebruik van maakt.

7.3 Inzet en effect van het sturingsinstrument

Inzet van het sturingsinstrument

In 2010 hebben 17 zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten opgenomen dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om vormen van zorg aan te wijzen die uitgesloten worden van het verplicht eigen risico.[105] In 2009 waren dit er 18.[106] In beide jaren gaven drie verzekeraars hier geen verdere invulling aan.

Het sturingsinstrument wordt enkel ingezet voor specifieke zorgarrangementen binnen het B-segment waarbij voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg om effectief te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders (Tabel 7.1).[107]

Tabel 7.1 Inzet en invulling van het sturingsinstrument in 2010 op basis van analyse van websites

Concern/verzekeraar	Invulling sturingsinstrument 2010
UVIT	
IZZ Zorgverzekeraar	Preferente geneesmiddelen
IZA Zorgverzekeraar, Zorgverzekeraar UMC, Trias Zorgverzekeraar, VGZ Zorgverzekeraar	Preferente geneesmiddelen Vooraf geselecteerde ziekenhuizen voor dijbeen-, lies-, knie-, bekken-, heup- en bovenbeenoperaties
Univé Zorg	Preferente geneesmiddelen Vooraf geselecteerde ziekenhuizen voor lies-, knie- en heupoperaties

105 Gebaseerd op eigen analyse van websites van zorgverzekeraars.

106 NZa. Monitor Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 35-39.

107 Op basis van het overzicht van zorgverzekeraars van de NZa zijn alle websites van zorgverzekeraars bezocht. Daarbij is allereerst gekeken of informatie over het sturingsinstrument op de startpagina staat. Indien dit niet het geval is, is gezocht op de volgende termen: zorgbemiddeling; voorkeursbeleid; preferentiebeleid; en verplicht eigen risico. Daarnaast zijn de polisvoorwaarden doorzocht. Onze ervaring is dat de informatie over het sturingsinstrument in sommige gevallen lastig te vinden is.

Concern/verzekeraar	Invulling sturingsinstrument 2010
	ZEKUR-Polis: anticonceptie pil via “de Pil Express”; fysiotherapie bij voorkeursaanbieder
Zorgverzekeraar Cares Gouda	Preferente geneesmiddelen
Achmea	
Agis Zorgverzekeringen	Vooraf geselecteerde aanbieders voor borstkanker, heup- en knievervanging bij artrose, incontinentie bij vrouwen, lage rughernia, liesbreuk
Avéro Achmea Zorgverzekeringen, OZF Achmea Zorgverzekeringen, Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen, FBTO Zorgverzekeringen, Interpolis Zorgverzekeringen	Inschakeling zorgbemiddeling voor *vrijblijvend* advies voor behandeling van staar, liesbreuk, heup- en knieartrose, galblaas, incontinentie bij vrouwen, borstkanker (m.u.v. na-controles), meniscus- of voorste kruisbandletsel en rug- of nekhernia’s (geen verplicht eigen risico voor het hele kalenderjaar)

Binnen een concern wordt vaak een soortgelijk beleid gevoerd. Zo laten alle verzekeraars die behoren tot UVIT het gebruik van preferente geneesmiddelen buiten het eigen risico vallen. De meeste kiezen er voor om het verplicht eigen risico ook te laten vervallen in geval van behandeling van bepaalde aandoeningen bij een voorkeursaanbieder. Binnen het concern Achmea komt het verplicht eigen risico te vervallen *voor het gehele kalenderjaar* indien voorafgaand aan een bepaalde behandeling contact is opgenomen met zorgbemiddeling voor een *vrijblijvend* advies. Agis vormt de uitzondering binnen Achmea. Deze zorgverzekeraar laat het verplicht eigen risico alleen vervallen als de verzekerde daadwerkelijk voor bepaalde behandelingen naar een voorkeursaanbieder gaat.[108]

Alle andere concerns[109] maken in 2010 geen gebruik van het sturingsinstrument. Geen enkele verzekeraar heeft het sturingsinstrument ingezet op het gebied van preventieprogramma’s.

In aanvulling op bovenstaande analyse van de inzet van het sturingsinstrument, hebben we voor dit onderzoek 6 zorgverzekeraars geïnterviewd om in kaart te brengen op welke manier zij het sturingsinstrument inzetten, wat voor effecten ze hiermee bereiken, welke redenen verzekeraars hebben om het sturingsinstrument niet in te zetten en de ervaren voor- en nadelen van het sturingsinstrument.

Sturing:

- Verzekeraars geven aan dat zij het sturingsinstrument inzetten om verzekerden meer bewust te maken van kwaliteitsverschillen in de zorg. Echter, sturing blijkt lastig en zij stellen vast dat de hoogte van het verplicht eigen risico te beperkt is om verzekerdenstromen daadwerkelijk in beweging te krijgen. Sommige verzekeraars hebben daarom besloten om in 2011 te stoppen met de inzet van het sturingsinstrument;
- Preventie in de Zvw is beperkt om het sturinginstrument op in te zetten. De meeste preventieve zorgvormen zijn door verzekeraars in het aanvullende pakket opgenomen waardoor het verplicht eigen risico als sturingsinstrument lastig inzetbaar is voor preventie. Verschillende zorgverzekeraars zijn overigens wel van plan om, zodra deze mogelijkheden worden verruimd, het sturingsinstrument in te zetten om gezond gedrag te stimuleren.

---

[108] Agis heeft in een interview over het sturingsinstrument (februari 2011) aangegeven per 1 januari 2011 te zijn gestopt met het sturingsinstrument.

[109] Dit betreft de volgende concerns: CZ, Menzis, De Friesland, DSW-Stad Holland, De Amerfoortse, AZVZ, Zorg & Zekerheid, ONVZ en Salland (vanaf 2011 verder onder de naam Eno).

Kosten en administratieve lasten:

- Verschillende verzekeraars geven aan dat de voordelen van het sturingsinstrument niet opwegen tegen de kosten en de administratieve lasten die het met zich meebrengt;
- Verzekeraars stellen dat zij de regeling kunnen bekostigen (zeker in geval van kwijtschelding voor het gehele kalenderjaar), indien preferente zorgaanbieders lagere tarieven hanteren. Echter, omdat sturing in de praktijk vaak niet tot een groter volume bij preferente zorgaanbieders leidt,zijn deze niet bereid om hun tarieven aan te passen;
- Vanuit kostenoogpunt is het sturingsinstrument vooral aantrekkelijk voor planmatige zorgvormen binnen het B-segment met een hoog tarief en hoge volume.

Perceptie van verzekerden:

- Verzekeraars zijn zeer gevoelig voor de perceptie van hun verzekerden. Er bestaat twijfel over de wijze waarop verzekerden de inzet van het sturingsinstrument ervaren. Verzekeraars geven aan dat er onduidelijkheid bestaat omdat verzekerden het verplicht eigen risico alsnog kwijt raken bij ander zorggebruik. Bovendien geven zij aan dat dit het wantrouwen van verzekerden bevestigt dat zorginkoop enkel op basis van prijs gebeurt;
- Enkele verzekeraars kiezen ervoor om het verplicht eigen risico voor het hele kalenderjaar kwijt te schelden omdat verzekerden de regeling als kleine-lettertjes-beleid van de verzekeraar zouden ervaren op het moment dat ze later het verplicht eigen risico alsnog moeten betalen (reputatieschade);
- Meer algemeen geven diverse verzekeraars aan dat de complexiteit van het systeem erg groot is. Zo begrijpen veel verzekerden het onderscheid tussen eigen bijdragen, het verplicht en het vrijwillig eigen risico onvoldoende;
- Verzekeraars zetten het sturingsinstrument voor sommige zorgvormen niet in vanwege ethische redenen. Zo geven verschillende verzekeraars te kennen dat zij in geval van bijvoorbeeld borstkanker keuzeondersteuning in combinatie met een financiële prikkel niet geoorloofd vinden.

Effect van het sturingsinstrument: ervaringen van De Friesland Zorgverzekeraar

De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) heeft het sturingsinstrument in 2009 ingezet voor staar- en spataderbehandelingen (beide vallen binnen het vrije B-segment), maar is er vroegtijdig mee gestopt vanwege negatieve reacties van verzekerden.[110] Verzekerden die zich door een voorkeursaanbieder lieten behandelen, kregen het eigen risico niet in rekening gebracht voor die betreffende behandeling. Het ging daarbij zowel om het verplicht eigen risico (155 euro) als om het vrijwillig eigen risico (maximaal 500 euro). Echter, volgens DFZ zien verzekerden het niet als positieve prikkel maar eerder als straf. Bovendien blijkt het moeilijk om de kwaliteit van een behandeling te bepalen.

Uit onderzoek van Van der Geest en Varkevisser[111] blijkt dat het experiment bij DFZ slechts beperkt heeft geleid tot een toename van het marktaandeel van de voorkeursaanbieders. Voor spataderbehandelingen is een beperkt effect gevonden, voor staarbehandelingen niet. Dit hangt samen met de patiëntenpopulatie, die in geval van staar ouder is en daardoor meer zorgkosten heeft dan patiënten met spataderen. Omdat het verplicht eigen risico niet voor het gehele kalenderjaar wordt kwijtgescholden, vervalt het financiële voordeel indien de verzekerde al andere zorgkosten heeft gemaakt. Daarnaast blijkt uit de gegevens dat patiënten bij DFZ die een spataderbehandeling ondergaan vaker een vrijwillig eigen risico hebben. Zij besparen dus meer wanneer de kosten van de behandeling niet op hen verhaald worden. Het sturingsinstrument heeft

[110] Medisch Contact (2009). NieuwsReflex. Verzekerden willen zelf kiezen. Jaargang 40, 30 september 2009, p. 1608.
[111] Van der Geest, S., en Varkevisser, M. (2010). Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt maar kan beter. TPEdigitaal 4(4): 34-38.

dus minder effect bij zorgvormen waarvan relatief veel ouderen (of chronisch zieken) gebruik maken. Bovendien was het gezamenlijke marktaandeel van voorkeursaanbieders voor staarbehandelingen al 67% in 2008, in tegenstelling tot 38% bij spataderbehandelingen. Het effect van het sturingsinstrument is hierdoor kleiner voor staaroperaties dan voor spataderbehandelingen.

Samenvattend geldt dat het verplicht eigen risico als sturingsinstrument tot op heden marginaal wordt ingezet. De ervaringen die zorgverzekeraars de afgelopen jaren hebben opgedaan met het sturingsinstrument hebben er niet toe geleid dat zorgverzekeraars anders zijn gaan denken over de inzet ervan.[112] [113] [114] Verzekerdenstromen zijn niet op grote schaal gaan bewegen door deze financiële prikkel. Daarmee is het een zwak instrument.

Momenteel experimenteren zorgverzekeraars met uiteenlopende manieren van keuzeondersteuning. De inzet van het verplicht eigen risico is één manier. De keuze om het sturingsinstrument al dan niet te gebruiken ligt bij de individuele zorgverzekeraars.

7.4 Alternatieve sturingsmechanismen: hoe krijgen zorgverzekeraars verzekerdenstromen in beweging?

De NZa Monitor Zorginkoop zorgverzekeraars (maart 2010) laat zien dat verzekeraars uiteenlopende ideeën hebben voor wat betreft het beïnvloeden van patiëntenstromen. Dit kan bijvoorbeeld door middel van informatievoorziening, selectie van voorkeursaanbieders en ook kwijtschelding van het verplicht eigen risico als verzekerden gebruik maken van aangewezen zorg. De positionering hangt sterk samen met de bezwaren van verzekerden tegen selectie van zorgaanbod zoals geschat door verzekeraars.[115]

Uit de interviews met zorgverzekeraars blijkt inderdaad dat zij op zoek zijn naar alternatieve sturingsmogelijkheden. Verschillende verzekeraars richten zich daarbij niet enkel op verzekerden, maar ook op zorgaanbieders om verzekerdenstromen in beweging te krijgen. Voorbeelden zijn:

- De poortwachterfunctie van de huisarts: verschillende verzekeraars geven aan dat zij gesprekken voeren met (kringen van) huisartsen om hen te informeren over kwaliteitsverschillen. Dit blijkt in de praktijk erg moeizaam omdat huisartsen veelal vast lijken te houden aan hun eigen beeld van wat goede kwaliteit van zorg is;
- Sturing door beperkte volumeafspraken met niet-preferente aanbieders: hierdoor ontstaan wachtlijsten en worden patiënten doorverwezen naar een preferente aanbieder die vanwege ruimere volumeafspraken geen wachtlijsten kent;
- Selectieve contractering met zorgaanbieders op basis van kwaliteit.

Selectieve contractering als sturingsmechanisme

Per januari 2011 is zorgverzekeraar CZ de eerste die niet langer een contract afsluit met bepaalde ziekenhuizen voor behandeling van borstkanker.[116] Overigens is er geen koppeling met het verplicht eigen risico. Er is sprake van selectieve contractering om de kwaliteit van zorg een impuls te geven. Zo worden volgens CZ ook andere ziekenhuizen gestimuleerd om de lat hoger te leggen.[117] CZ beoordeelt de ziekenhuizen op basis van de patiëntenervaringen in de CQ-Index

---

112 NZa. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2009, p. 9.
113 NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit: maart 2009, p. 35-39.
114 Zorgverzekeraars Nederland. Herziene preventienotitie. Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland, 8 mei 2008. p. 3, 7.
115 NZa. Monitor Zorginkoop zzorgverzekeraars 2010. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2010, p. 12.
116 http://www.cz.nl/cz-beoordeelt-ziekenhuizen-op-basis-van-een-aantal-criteria-borstkankerzorg.
117 CZ doet slechte ziekenhuizen in de ban. www.huisartsvandaag.nl, 28 september 2010.

Mammacare en de prestatie-indicatoren van de IGZ. Van die laatste gebruikt CZ vooral het aantal operaties per jaar, dat varieert volgens de laatste meting van jaarlijks 39 tot 388 mammaoperaties.

Ook Agis en Achmea Zorg hebben per aandoening de beste ziekenhuizen op een rijtje gezet. Deze benchmark ziekenhuiskwaliteit is gebaseerd op de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg, IGZ indicatoren en op kwaliteitsindicatoren van Agis en Achmea zelf. In tegenstelling tot CZ hebben Agis en Achmea het gebruik van zorg in sommige gevallen wel gekoppeld aan het sturingsinstrument.

Ondanks deze voorzichtige initiatieven, is de mate van selectieve contractering beperkt. De redenen die hiervoor genoemd tijdens de interviews met zorgverzekeraars en in een eerdere studie van de NZa betreffen:[118]

- Onduidelijkheid onder zorgverzekeraars over de hoogte van de minimale restitutievergoeding wanneer verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan;[119]
- Op een aantal deelmarkten in de zorg opereren niet genoeg aanbieders;
- Er is sprake van een gebrek aan informatie over kwaliteit en wachtlijsten;
- Verzekeraars hebben weinig ruimte om inkoopvoordelen te behalen;
- Voor consumenten leveren polissen met beperkt gecontracteerde zorg te weinig voordelen op wat betreft premie en kwaliteit. Verzekeraars bieden als gevolg daarvan deze polissen niet aan;
- Het contracteringsbeleid is moeilijk uit te leggen richting consumenten;
- De huisarts houdt vaak geen rekening met het inkoopbeleid van de verzekeraar bij doorverwijzing.

7.4.1 Opinie van verzekerden ten aan zien van keuzeondersteuning

Uit het vragenlijstonderzoek (2010) onder leden van het CoPa van het NIVEL, blijkt dat van de 173 respondenten die bekend zijn met de mogelijkheid van zorgverzekeraars om het eigen risico voor bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk niet in rekening te brengen, slechts 4 respondenten wel eens gebruik hebben gemaakt van voorkeurszorg *op advies van de zorgverzekeraar*. Van de overige respondenten wisten er 14 niet of ze hier wel eens gebruik van gemaakt hadden, en gaven er 137 aan dit niet te hebben gedaan (88.3%).

Wij hebben respondenten vervolgens gevraagd hun mening te geven over verschillende stellingen met betrekking tot voorkeurszorg (zie Tabel 7.2). Wat daarbij opvalt, is dat een groot deel van de respondenten neutraal geantwoord heeft. Ruim de helft (52.4%) van de respondenten geeft aan geen advies te vragen aan de zorgverzekeraar als het gaat om de keuze van zorg. Een bijna even groot deel van de respondenten geeft aan het eens (mee eens of helemaal mee eens) te zijn met de stelling dat bij de keuze voor een zorgverlener het advies van de huisarts of andere verwijzer richtinggevend is, en dat kwijtschelding van het verplicht eigen risico hierbij geen rol speelt.

Respondenten lijken sceptisch over voorkeurszorg. Slechts 18.5% van de respondenten is het eens met de stelling dat de mogelijkheid voor zorgverleners om voorkeurszorgverlener van een verzekeraar te worden tot kwaliteitsverbeteringen leidt. Het aantal respondenten dat het eens is met de stelling '*Ik laat mij graag door mijn zorgverzekeraar adviseren over voorkeurszorg. Daarbij neem ik kwaliteit van zorg mee in mijn keuze voor een zorgverlener'* is ongeveer gelijk aan het

---

[118] NZa. Visiedocument. Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan? Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007, p. 7-9, 26-27, 42.

[119] Hoewel deze vergoeding theoretisch gezien 0% mag zijn, bedroeg de laagste restitutievergoeding in 2008 80% van het gebruikelijke (Wmg)-tarief. Zorgverzekeraars zijn namelijk bang om door de rechter op de vingers te worden getikt en reputatie schade op te lopen. Uit: Van de Ven, W. et al. (2009). Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op Zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 4 december 2009.

aantal respondenten dat het hiermee oneens is. Wanneer respondenten minder zelf hoeven te betalen, zijn ze minder terughoudend over het advies van de zorgverzekeraar voor voorkeurszorg. (44.1%).

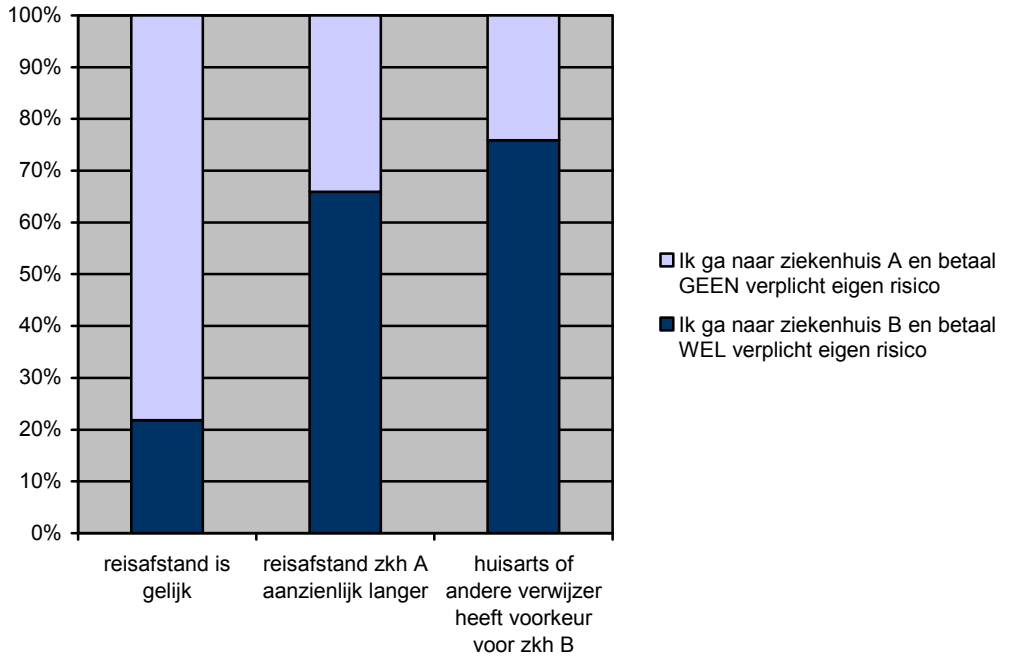
Tabel 7.2 In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet oneens/ niet eens	Mee eens	Helemaal mee eens
Ik vraag geen advies aan mijn zorgverzekeraar bij de keuze van zorg	3.8% (n=30)	16.3% (n=127)	27.5% (n=214)	42.8% (n=334)	9.6% (n=75)
Bij de keuze voor een zorgverlener ga ik alleen af op het advies van mijn huisarts (of andere verwijzer). Kwijtschelding van het verplicht eigen risico speelt hierbij geen rol	3.8% (n=30)	17.6% (n=137)	28.5% (n=222)	40.9% (n=318)	9.2% (n=72)
De mogelijkheid voor zorgverleners om voorkeurszorgverlener van een verzekeraar te worden leidt tot kwaliteitsverbeteringen	11.8% (n=91)	25.2% (n=195)	44.6% (n=345)	17.3% (n=134)	1.2% (n=9)
Ik laat mij graag door mijn zorgverzekeraar adviseren over voorkeurszorg. Daarbij neem ik kwaliteit van zorg mee in mijn keuze voor een zorgverlener	9.1% (n=71)	22.8% (n=178)	36.0% (n=281)	30.4% (n=237)	1.7% (n=13)
Wanneer ik minder zelf hoef te betalen, laat ik mij graag door mijn zorgverzekeraar adviseren over voorkeurszorg	7.0% (n=55)	15.7% (n=122)	33.2% (n=259)	38.7% (n=42)	5.4% (n=42)

Hoogopgeleiden blijken sceptischer te zijn over het vragen van advies aan de zorgverzekeraar bij de keuze voor zorg dan laagopgeleiden. Zij gaan eerder af op het advies van de huisarts of een andere verwijzer, zonder dat kwijtschelding van het eigen risico hierbij een rol speelt.

Aan de respondenten is vervolgens een aantal situaties voorgelegd waarin de zorgverzekeraar een voorkeursziekenhuis heeft geselecteerd (ziekenhuis A). Voor dit ziekenhuis geldt geen verplicht eigen risico.

Figuur 7.4 Welk ziekenhuis kiest u als uw zorgverzekeraar kwaliteitsafspraken heeft gemaakt met ziekenhuis A?



Wanneer de reisafstand gelijk is, geven respondenten in grote meerderheid (78.2%) aan naar het voorkeursziekenhuis te gaan, waarvoor ze geen verplicht eigen risico hoeven te betalen. Dezelfde situatie is in 2008 al voorgelegd in een enquête door de NZa. Ook hier bleek 75% te kiezen voor ziekenhuis A, daarmee het verplicht eigen risico ontlopend.[120] Wanneer de reisafstand voor ziekenhuis A aanzienlijk langer wordt, geeft 65.9% van de respondenten aan naar ziekenhuis B te gaan, ondanks dat ze hiervoor wel het verplicht eigen risico moeten betalen. In de situatie dat de huisarts of andere verwijzer een voorkeur heeft uitgesproken voor ziekenhuis B, blijkt 75.9% van de respondenten voor dit ziekenhuis te kiezen, het verplicht eigen risico voor lief nemend. Dit laatste komt overeen met de resultaten uit de NIVEL enquête (oktober 2009).[121]

Oudere respondenten blijken meer dan jongere respondenten bereid te zijn het verplicht eigen risico te betalen om naar het vertrouwde ziekenhuis B te gaan. In de leeftijdscategorie 18-49 jaar kiest 86.9% van de respondenten bij een gelijke reistijd voor voorkeursziekenhuis A, waar 53.8% in de leeftijdscategorie 75 jaar en ouder dat zegt te zullen doen.

In de situatie dat de reisafstand naar ziekenhuis A aanzienlijk langer is dan die naar ziekenhuis B, blijkt dat hoger opgeleide respondenten meer dan lager opgeleide respondenten voor ziekenhuis B kiezen, waar ze wel verplicht eigen risico betalen. In overeenstemming met voorgaande blijkt hierdoor dat laagopgeleiden gevoeliger zijn voor financiële prikkels in de keuze voor zorg, waarschijnlijk door inkomen en gezondheid.[122]

Vervolgens hebben we aan het CoPA eenzelfde soort vraag voorgelegd over medicijnen, waarbij ze zich moesten voorstellen een medicijn nodig te hebben voor de behandeling van een (chronische) aandoening. De verzekeraar heeft voorkeursmedicijn A geselecteerd, waarvoor geen

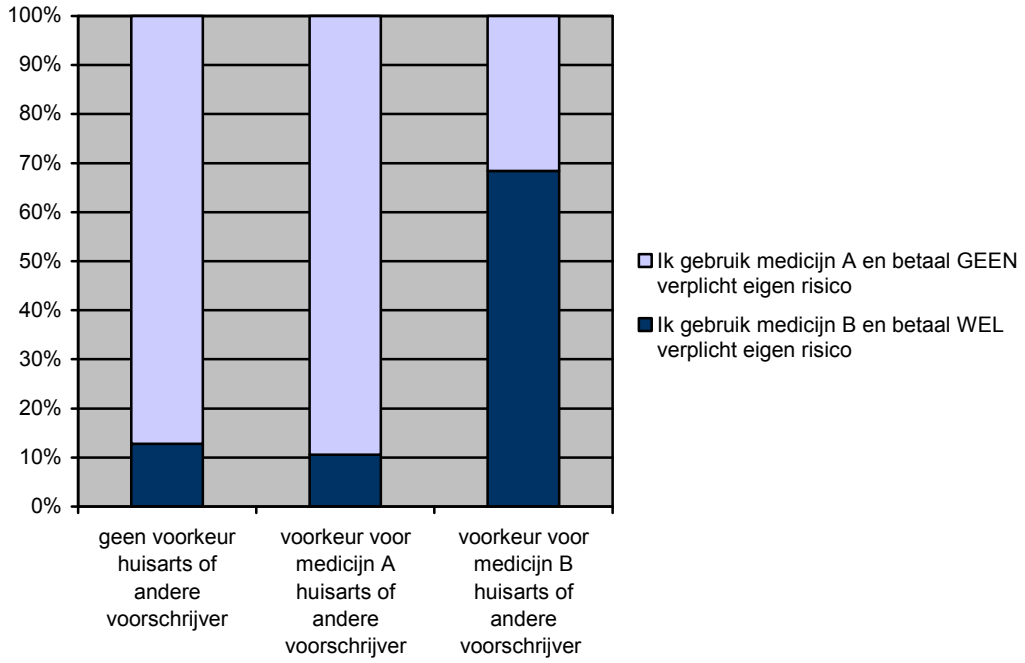
120 NZa. Monitor Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p.35-39.

121 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

122 RIVM. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

verplicht eigen risico betaald hoeft te worden. Normaal gesproken gebruikt de respondent medicijn B, waarvoor wel het verplicht eigen risico betaald moet worden.

Figuur 7.5 Welk medicijn kiest u in de volgende situaties?



Wanneer de huisarts (of andere voorschrijver) geen voorkeur heeft, kiest 87.2% het voorkeursmedicijn. Wanneer de huisarts een voorkeur heeft voor medicijn A, stijgt dit percentage naar 89.4%. De overige respondenten (10.6%) houdt vast aan het vertrouwde medicijn B ondanks de voorkeur van de huisarts en het verplicht eigen risico. Wanneer de huisarts een voorkeur heeft voor medicijn B, volgt 68.4% dit advies, ondanks dat hiervoor het verplicht eigen risico geldt. De huisarts blijkt als poortwachter dus niet alleen bij de keuze voor een ziekenhuis een belangrijke rol te spelen, maar heeft die ook bij de keuze voor medicijnen. Dit bleek ook uit eerder onderzoek van het NIVEL.[123]

Onder verzekerden bestaat terughoudendheid om het advies van de verzekeraar op te volgen. Deze reserve lijkt de laatste jaren zelfs gestegen. Terughoudendheid is het grootst bij de huisarts (78%)en tandarts (68%,)[124] en het kleinst bij ziekenhuizen en apotheken. Bij het opvolgen van het ziekenhuisadvies door de verzekerde spelen naast kwaliteit (95%) ook financiële prikkels (zoals een extra vergoeding ten behoeve van revalidatie (81%), of kwijtschelding verplicht eigen risico (79%)) een grote rol.[125] Bij de keuze voor een huisarts spelen positieve prikkels nauwelijks een rol. Wanneer verzekerden de keuze voorgelegd krijgen tussen de eigen huisarts of een andere, beter gewaardeerde huisarts, zal een groot deel van de respondenten toch kiezen voor de ‘eigen’ huisarts. [126,127]

---

123 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

124 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

125 Carolien Babonnick-van Ees (2009). Monitor marktwerking Zorg. Intomart GfK: augustus 2009.

126 Boonen, L. (2009). Consumer channeling in health care: (im)possible? Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

127 Lekkerkerk, L. & Willemsen, E. (2008). Monitoring toegang en keuzevrijheid t.a.v. zorgverleners sinds de komst van de zorgverzekeringswet: een eerste peiling. Unie KBO, NPCF, PCOB en ANBO, mei 2008.

7.5 Samenvatting

De inzet van het sturingsinstrument is beperkt. De verzekeraars die het sturingsinstrument wel inzetten doen dat vooral voor specifieke zorgarrangementen binnen het B-segment. Veel verzekeraars zijn niet (meer) van plan het instrument in te zetten, vooral omdat verzekerden de regeling als negatief ervaren. Bovendien blijken veel verzekerden niet bekend met het sturingsinstrument.

Het preferentiebeleid op zichzelf, los van het sturinginstrument, krijgt steeds meer aandacht. Instrumenten die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg (Zichtbare Zorg)[128] of ervaren zorg (CQ-index)[129] spelen daarbij een belangrijke rol.

[128] Zie www.zichtbarezorg.nl/.
[129] Zie www.centrumklantervaringzorg.nl/.

8 Varianten op het verplicht eigen risico

8.1 Achtergrond

Het is de vraag of Nederland optimaal gebruik maakt van eigen betalingen om gedrags- en financieringseffecten te realiseren. Eigen betalingen kunnen in vele verschillende soorten of typen tot uitdrukking komen:

- Eigen risico ('aan de voet'): een verzekerde betaalt zelf de eerste x euro van de zorg die onder de maatregel valt;
- Eigen bijdrage: een verzekerde betaalt een vast bedrag per eenheid medische zorg, ongeacht de werkelijke prijs, bijvoorbeeld 1 euro per voorschrift van een geneesmiddel of 4 euro per ligdag in het ziekenhuis;
- Procentuele bijbetaling: een verzekerde betaalt een bepaald percentage van de kosten van zorg die onder de maatregel valt.

Uit een internationale vergelijking op hoofdlijnen valt op dat Nederland hiervan relatief gezien beperkt gebruik maakt.[130] Het verplicht eigen risico is een eerste stap, maar er zijn varianten op het verplicht eigen risico mogelijk die de moeite waard zijn om nader te onderzoeken om inzicht te krijgen in de effectiviteit van het huidige instrument.

Bij de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico spelen verschillende aspecten een belangrijke rol. Transparantie voor de burger is daarbij van groot belang. Burgers moeten begrijpen wat de bedoeling is van de maatregel en wanneer de maatregel wel en niet geldt. Transparantie is in feite de vereiste basis voor een goede uitvoering van de maatregel.

De beoogde gedragseffecten van het verplicht eigen risico zijn vooralsnog beperkt. De belangrijkste redenen hiervoor zijn onbekendheid met de invulling van de regeling (hieruit blijkt ook de directe relatie tussen transparantie en gedragseffecten), het feit dat huisartsenzorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico en het ontbreken van een financiële prikkel voor mensen met hoge zorguitgaven (die gezamenlijk het grootste deel van de totale zorguitgaven uitmaken). De hoogte van het verplicht eigen risico is relatief laag, waardoor deze groep mensen met zekerheid het verplicht eigen risico overschrijden.

Weliswaar treedt er een verschuiving op van collectieve naar private zorguitgaven, maar vanuit doelmatigheidsoverwegingen is het aan te bevelen om kritisch naar de vormgeving en mogelijke verbeteringen te kijken, zonder daarbij de principes van rechtvaardigheid en solidariteit uit het oog te verliezen.

8.2 Varianten op het huidige verplicht eigen risico

De volgende varianten op het verplicht eigen risico zijn onderzocht:

- Verhogen verplicht eigen risico;
- Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen (leeftijd, inkomen, chronische zieken);
- Huisartsenzorg onder het eigen risico;

[130] Westert, G.P., Berg. M.J. van den, Koolman, A.H.E., Verkleij, H. Toegankelijk voor allen? In: Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008. Zie ook OECD Health Data.

- Eigen bijdragen voor huisartsenzorg;
- Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg.

Bij de bespreking van varianten op het huidige eigen risico zullen we op hoofdlijnen ingaan op de gedragseffecten, financieringsverschuiving en de mate van transparantie. Hiervoor hebben wij de verschillende varianten voorgelegd aan het CoPa van het NIVEL (zie paragraaf 5.3 voor meer achtergrondkenmerken van de respondenten).

Bij *gedragseffecten* staan de volgende vragen centraal:
- Wat is de invloed van het verplicht eigen risico op het kostenbewustzijn bij verzekerden / zorggebruikers?
- Wat is het gedragseffect?
- Zijn er effecten op de gezondheid te verwachten?

Vragen over financieringsverschuiving[131] zijn:
- Wat is de omvang van de financieringsverschuiving?

Transparantie heeft betrekking op de volgende vragen:
- Is de burger bekend met de maatregel en de invulling ervan?
- Is de maatregel begrijpelijk voor de burger?

Ten slotte, om varianten onderling te kunnen wegen zijn ook de kosten van de maatregel relevant. Hiervoor is het van belang in kaart te brengen wat de administratieve belasting is voor verzekerden, zorgverleners en verzekeraars.

Het bepalen van de gedragseffecten, de financieringsverschuiving, de mate van transparantie en administratieve lasten is van groot belang bij de keuze voor een vorm van eigen betalingen. Hierbij nemen we de huidige regelgeving als uitgangspunt. Het kwantificeren van deze effecten vormt geen onderdeel van deze rapportage.

8.2.1 Verhoging van het eigen risico

Gedragseffecten en financieringsverschuiving

Verhogen van het eigen risico leidt logischerwijs tot grotere gedragseffecten. Volgens het CPB zou bij een verplicht eigen risico van 250 euro het gedragseffect 110 tot 140 miljoen euro bedragen. Bij een eigen risico van 600 euro is dit geschat op 210 tot 330 miljoen euro. Een viermaal zo hoog eigen risico leidt tot een gedragseffect dat driemaal zo hoog is tot ruim viermaal zo hoog.[132] Het is overigens onbekend welk effect deze toename heeft op de gezondheid.

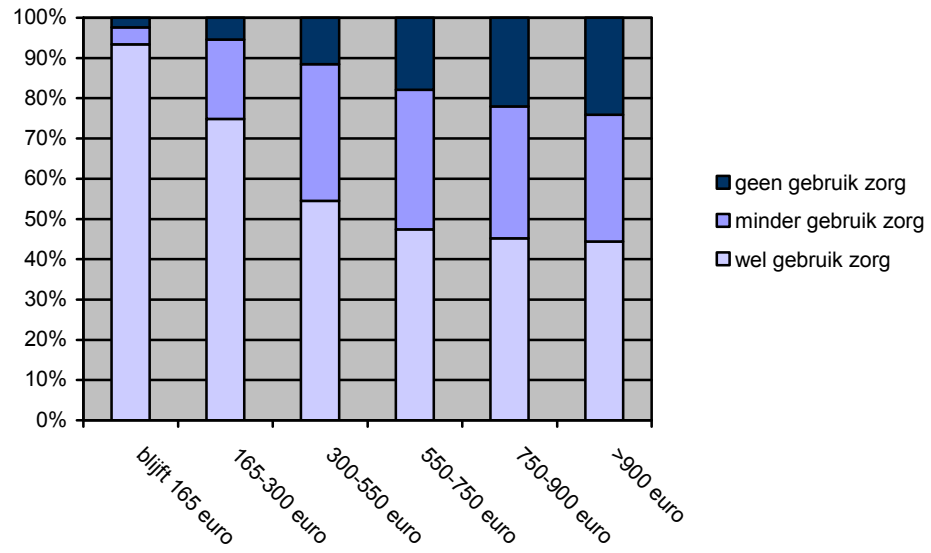
Uit onderstaande figuur blijkt een dalende trend in het zorggebruik naarmate het verplicht eigen risico hoger wordt. Bij een verplicht eigen risico van meer dan 550 euro lijkt dit zich te stabiliseren. De grootste verschillen zijn te zien bij de stijging van het verplicht eigen risico van 165 naar 165-300 en van 165-300 naar 300-550 euro. Gegeven de beperkte kennis over de werkingssfeer van het verplicht eigen risico (zie hoofdstuk 5), is het overigens de vraag welke afwegingen ten

[131] In bredere zin hebben de varianten inkomenseffecten voor specifieke groepen, waarvoor mogelijk ook compensatiemaatregelen nodig zijn. Het valt echter buiten de reikwijdte van deze evaluatie om per variant de mogelijke inkomenseffecten voor specifieke groepen in kaart te brengen.

[132] CPB notitie: Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, april 2008: p 6, 10.

grondslag liggen aan de inschatting van het zorggebruik bij verschillende hoogtes van het verplicht eigen risico.

Figuur 8.1 Zorggebruik bij verschillende hoogtes van het verplicht eigen risico



Respondenten met een hoog opleidingsniveau geven vaker dan gemiddeld aan wel gebruik te blijven maken van zorg in vergelijking met respondenten met een laag opleidingsniveau.

Eerder onderzoek van het NIVEL laat ook zien dat bij een stijging van het verplicht eigen risico verzekerden in toenemende mate een belemmering gaan ervaren om noodzakelijke zorg te gebruiken (zie Tabel 8.1).[133] Dit kan mogelijk gezondheidseffecten hebben.

Tabel 8.1 Inschatting van belemmeringen om noodzakelijke zorg te gebruiken als het verplicht eigen risico verhoogd wordt

Hoogte van het verplicht eigen risico	Aantal verzekerden bij wie (waarschijnlijk) wel een belemmering ontstaat	
	N	Percentage
155 euro (N=974)	80	8,2%
155-300 euro (N=957)	288	30,2%
300-550 euro (N=939)	509	54,3%
550-750 euro (N=938)	666	71,1%
750-900 euro (N=922)	707	76,8%
Meer dan 900 euro (N=941)	746	79,5%

Bron: Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010).

Een verhoging van het verplicht eigen risico leidt ook tot een toename in de financieringsverschuiving naar meer private zorguitgaven. Het is niet bekend hoeveel precies

[133] Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

omdat er niet-lineariteiten in het systeem zitten. Het CPB heeft een model beschikbaar dat de varianten preciezer kan beoordelen.

In principe hoeven de administratieve lasten na een verhoging van het verplicht eigen risico niet substantieel toe te nemen. De bestaande compensatiemaatregelen kunnen bij een bedrag van 250 euro wellicht behouden worden. Chronisch zieken hebben meer zorgkosten dan gezonde mensen. Veel van deze kosten zijn jaarlijks terugkerend.

Transparantie

Bij een verhoging van het verplicht eigen risico kan aangenomen worden dat de bekendheid met de maatregel en het begrip van de reikwijdte ervan vergelijkbaar is met de situatie onder het huidige verplicht eigen risico (zie hoofdstuk 5). Uit onderzoek blijkt dat een meerderheid van de verzekerden bekend is met het bestaan van het verplicht eigen risico, maar dat een aanzienlijk percentage van de verzekerden niet op de hoogte is van de volledige werkingssfeer van het verplicht eigen risico en van de compensatieregeling. Echter, 74% van de verzekerden weet dat huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico valt.[134]

8.2.2 *Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen*

Een manier om de gedragseffecten van het verplicht eigen risico te vergroten is door het te verschuiven.[135] Het eigen risico ligt hierbij binnen een bepaald kosteninterval, waarbij het startpunt gebaseerd wordt op risicokenmerken van het individu. Dit betreft informatie over zorgkosten, aantal ziekenhuisdagen, leeftijd, geslacht en gezondheidsproblemen op basis van FKG's.

Gedragseffecten en financieringsverschuiving

Het huidige verplicht eigen risico aan de voet [0,*d*] is niet effectief voor individuen (vooral chronisch zieken) die ex-ante al weten dat hun zorgkosten het bedrag van *d* zullen overstijgen. Deze groep mensen is niet prijsgevoelig, waardoor gedragseffecten niet te verwachten zijn. Een zogenaamd verschoven eigen risico zou kostenbewustzijn stimuleren, en daarmee de effectiviteit van het verplicht eigen risico. Een dergelijke verschuiving vergroot de kans op lagere eigen betalingen, waardoor de prikkel op doelmatig zorggebruik toeneemt en dus het gedragseffect. De kans dat het individu de grens van het eigen risico overschrijdt ligt dan immers niet op voorhand vast.

Van Kleef spreekt van een kosteninterval [*Sx, Sx +d*], waarbij *Sx* verwijst naar het startpunt van het eigen risico van individu x. Startpunt S wordt bepaald op basis van ex-ante risicokenmerken van het individu. Omdat de kans op het overschrijden van het eigen risico afneemt, neemt de prijsgevoeligheid tussen *Sx* en *Sx+d* toe. Echter, tegelijkertijd neemt de prijsgevoeligheid voor *Sx* af. De optimale verschuiving (maximale gedragseffect) ligt daar waar de onzekerheid over eigen betalingen maximaal is. Dit geldt voor alle individuen, ongeacht de hoogte van het risico. Voor mensen met een hoog risico (chronisch zieken) moet de verschuiving aanzienlijk zijn: voor meer dan 10% van de verzekerden is de optimale verschuiving bij een eigen risico van 1000 euro hoger dan 1200 euro.

Bij het gebruik van een verschoven eigen risico zijn criteria van het optimale startpunt, indeling naar groepen en gelijkheid lastige onderwerpen. Een goede invulling hiervan leidt naast een groter gedragseffect ook tot kleinere verschillen tussen eigen betalingen van jonge relatief gezonde

---

134 Van der Maat, M. & De Jong, J. (2010). Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief. Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, juni 2010.

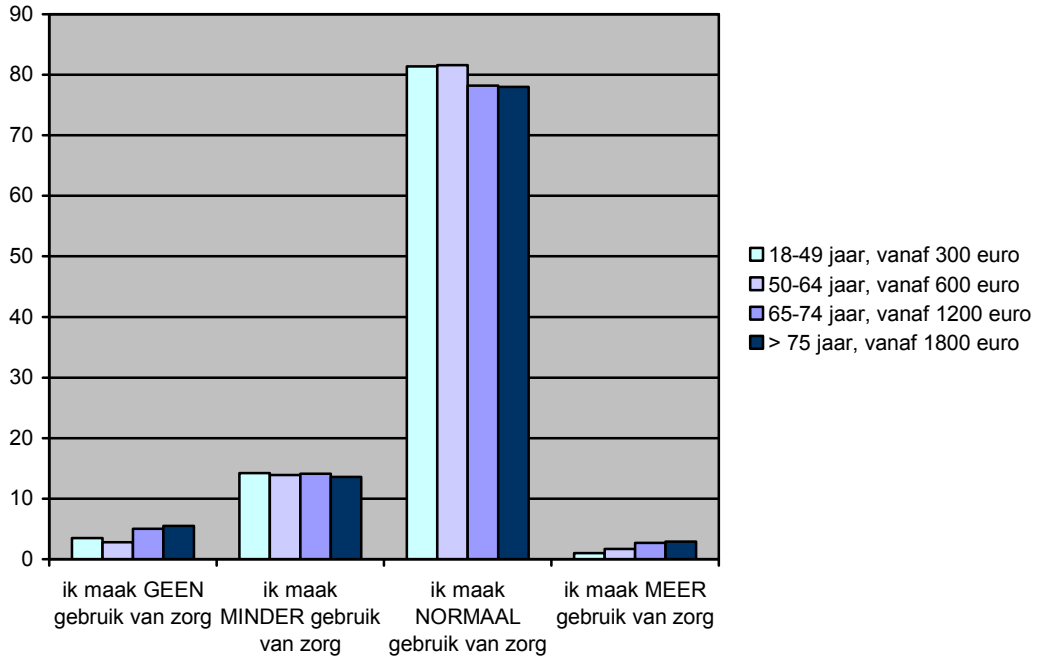
135 Van Kleef, R.C. (2009). Voluntary deductibles and risk equalisation: A complex interaction. Rotterdam: Erasmus Universiteit, p. 119.

verzekerden en oudere chronisch zieken. Het gemiddelde aan eigen betalingen bij een verschoven eigen risico [Sx, Sx+*d*] valt lager uit dan bij en traditioneel eigen risico [0,*d*]. Dit resulteert in minder financieringsverschuiving.

Er gelden echter nog meerdere kanttekeningen bij deze variant. Ten eerste, waar Van Kleef weliswaar tot een verbeterd gedragseffect komt bij een verschoven eigen risico, ontbreekt een mogelijk psychologisch effect. De vraag is namelijk wat voor gevolgen deze variant heeft op zorggebruik wanneer mensen de boodschap ontvangen dat hun verplicht eigen risico 'pas' vanaf 300 of 600 euro ingaat. De suggestie kan gewekt worden dat de eerste honderden zorgkosten 'gratis' zijn en daarmee kan het zorggebruik wellicht gestimuleerd worden tot aan de grens van het eigen risico. Ten tweede zijn de uitvoeringslasten van een verschoven eigen risico naar leeftijd beduidend hoger dan voor het huidige verplicht eigen risico, waarbij geen aparte categorieën verzekerden zijn gecreëerd. Overigens wordt door Van de Ven c.s. opgemerkt dat een belangrijk voordeel van een verschoven eigen risico is dat de huidige compensatieregeling voor chronisch zieken kan komen te vervallen, omdat iedereen naar verwachting ongeveer eenzelfde bedrag zelf moet betalen. Dit zou dan juist in een aanzienlijke verlaging van de administratieve lasten resulteren.[136] De vraag is uiteindelijk of per saldo de administratieve lasten lager zullen zijn bij invoering van een maatregel met hogere uitvoeringslasten.

In het vragenlijstonderzoek (2010) hebben we respondenten gevraagd naar hun zorggebruik wanneer er een systeem zou zijn van een verschoven verplicht eigen risico. Opvallend is dat veel respondenten de vraag niet hebben beantwoord. Vermoedelijk speelt de complexiteit van het systeem hierbij een rol.

Figuur 8.2 Zorggebruik bij verschoven verplicht eigen risico



[136] Van de Ven, W., Van Kleef, R., Schut, E. Miljardenbesparing in de zorg door slimmer eigen risico. Opinie. NRC Handelsblad, 15 februari 2010. Zie: http://www.nrc.nl/opinie/article2483622.ece/Miljardenbesparing_in_de_zorg_door_slimmer_eigen_risico.

Transparantie

Van Kleef onderkent dat een startpunt voor het verschoven eigen risico op individueel niveau erg complex is en daarmee lastig uit te leggen aan verzekerden. Vanuit administratief oogpunt is het aan te bevelen om een startpunt voor het verschoven eigen risico op groepsniveau vast te stellen in plaats van op individueel niveau. Bij analyse van een verzekeraardatabase door Van Kleef bleek bij 66% van deze populatie het optimale startpunt voor het eigen risico tussen en 0 en 500 euro te liggen. Deze groep begint dan met een eigen risico aan de voet.

Verschuiving naar leeftijd zou volgens Van Kleef een praktisch alternatief bieden. Een indicatie voor een effectief 'startpunt van het eigen risico' per leeftijdsgroep is:

- 18 – 49 jaar: 300 euro per jaar;
- 50 – 64 jaar: 600 euro per jaar;
- 65 – 74 jaar: 1200 euro per jaar;
- 75 jaar en ouder: 1800 euro per jaar.

Uit de recente enquête van het NIVEL (oktober 2009) blijkt ook dat bijna de helft van alle verzekerden het verschoven eigen risico naar leeftijd zoals hierboven weergegeven onduidelijk vindt. Wanneer transparantie een doorslaggevend criterium is, moeten bij deze variant aldus vraagtekens geplaatst worden.

Het vorige kabinet verkoos deze variant niet boven het huidig eigen risico, omdat leeftijd niet altijd een graadmeter is voor hoge zorgkosten.[137]

8.2.3 *Huisartsenzorg: onderdeel van het verplicht eigen risico en/of eigen bijdrage?*

Uit internationaal onderzoek blijkt dat een eigen bijdrage over het algemeen een remmend effect op het zorggebruik heeft.[138] De mate van het gedragseffect hangt af van een aantal factoren, namelijk de zorguitgaven en de hoogte van de eigen bijdrage.

In het huidige systeem gelden geen eigen betalingen (verplicht eigen risico of eigen bijdrage) voor huisartsenzorg. De huisarts kan daarmee een zekere prikkel hebben om onterecht *niet* door te verwijzen (bijvoorbeeld op verzoek van patiënten, die geen zorg willen die binnen het verplicht eigen risico valt). Als huisartsen wel onder het verplicht eigen risico vallen, maar tweedelijnszorg (specialisten) niet dan is er een omgekeerde prikkel. Het is daarom van belang bij de invoering van beide varianten (eigen bijdrage en/of verplicht eigen risico) na te denken over aanvullende maatregelen die neutraal moeten zijn voor de prikkel voor huisartsen om door te verwijzen. Overigens blijkt uit onze analyse op hoofdlijnen dat bekendheid met het verplicht eigen risico bij huisartsen geen invloed heeft op hun voorschrijf- of verwijsgedrag (zie hoofdstuk 5).

Uit onderzoek blijkt dat inzet van eigen bijdragen of een hoger eigen risico in geval van *huisartsenzorg* zal resulteren in een toename van gedragseffecten. Dit hangt samen met de elasticiteit van de vraag naar huisartsenzorg. Deze is het meest prijsgevoelig (-0,40) in vergelijking tot andere vormen van zorg, zoals ziekenhuiszorg (-0,04) of specialistenbezoek (-0,12).

---

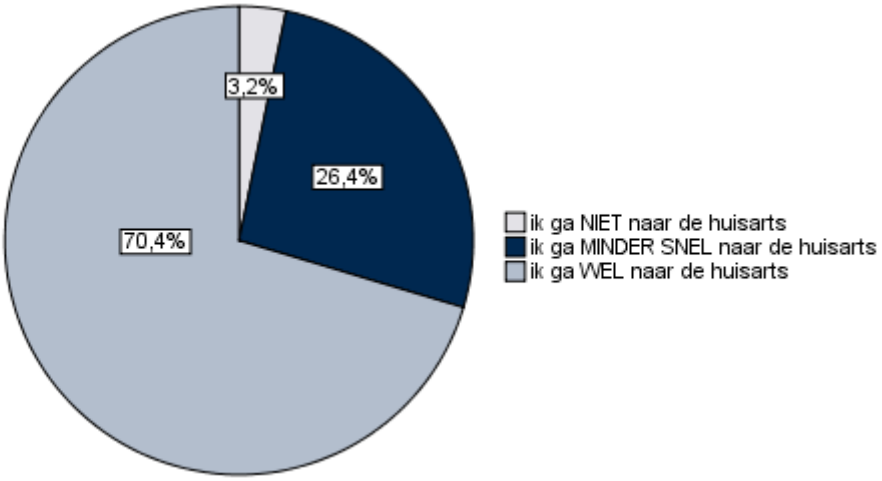
137 http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2009/december/04/Eerste_evaluatie_Zorgverzekeringswet.

138 SEO Economisch Onderzoek. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: SEO, augustus 2008.

Gedragseffecten en financieringsverschuiving in geval van huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico

Uit ons vragenlijstonderzoek blijkt dat ruim een kwart van de respondenten minder snel naar de huisarts zal gaan als huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico zou vallen. Voor ruim 70% van de respondenten zou dit geen reden zijn om niet of minder snel naar de huisarts te gaan.

Figuur 8.3 Huisartsbezoek wanneer huisarts onder verplicht eigen risico valt



Respondenten met een laag opleidingsniveau zullen significant minder vaak naar de huisarts gaan indien deze zorg deel uitmaakt van het verplicht eigen risico (57.4% vs. 70.5% van het totaal).

Gedragseffecten en financieringsverschuiving in geval van eigen bijdragen voor huisartsenzorg

Een mogelijkheid is het behoud van het huidige verplicht eigen risico (al dan niet verhoogd) in combinatie met eigen bijdragen voor huisartsenzorg. Het belangrijkste te behalen effect is het realiseren van kostenbewustzijn onder patiënten. Nu wordt veelal niets betaald voor zorg, waarmee de suggestie gewekt kan worden dat deze zorg gratis is. Bovendien blijkt uit analyses van het CPB dat er zeker ook sprake is van een groter gedragseffect.[139]

In Duitsland is enkele jaren geleden een eigen bijdrage ingevoerd voor de huisartsenzorg ('Praxisgebühr'). De eerste resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van deze maatregel zijn uiteenlopend. Gebhardt et al. rapporteren een daling van het aantal huisartsbezoeken na invoering van de regeling (8% tussen 2003 en 2005).[140] Daarnaast wordt ook een afname in het aantal onnodige huisartsbezoeken gezien.[141,142] Hoewel de maatregel in de eerste jaren na invoering effecten liet zien, zijn deze effecten afgevlakt in de daaropvolgende periode. Dezelfde trend wordt waargenomen in vergelijkbare studies naar huisartsbezoeken onder groepen met een laag inkomen en patiënten met een slechte gezondheid. Hierbij wordt ook in de eerste jaren na invoering een afname beschreven, maar wordt afvlakking van het effect waargenomen in vervolgstudies.[143,144]

---

139 CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, 25 april 2008.

140 Gebhardt, B. (2005). Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. Gesundheitsmonitor 2005.

141 Grabka, M. (2006). Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung – Erste empirische Ergebnisse. Medizinische Klinik, **101** (6): p.476-483.

142 Schreyogg, J. Co-payments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. DIW Discussion papers, Berlin, 2008.

143 Zok, K. (2004). Nach der Wirkung gefragt: Die Reform kommt an. Gesundheit und Gesellschaft, **9**: p. 38-41.

144 Zok, K. (2005). Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einfuhrung der Praxisgebühr. Gesundheit und Gesellschaft, **2**: p. 1-7.

Transparantie van beide maatregelen

Eigen bijdragen voor specifieke vormen van zorg – in dit geval een huisartsenconsult – zijn eenvoudig aan verzekerden uit te leggen. Het is snel inzichtelijk te maken waarvoor wel en waarvoor geen eigen bijdragen moeten worden betaald. Ook het direct afrekenen bij de huisarts (kassa in de praktijk) vergroot de transparantie en leidt niet tot vragen of onduidelijkheid achteraf. Een combinatie van eigen bijdragen voor huisartsenzorg en een verplicht eigen risico voor de overige zorg (zoals nu al bepaald) is op zichzelf goed uit te leggen, maar vraagt vermoedelijk wel om een (overheids)campagne. Echter, zolang ruim 25% van de verzekerden niet bekend is met het feit dat huisartsenzorg momenteel niet onder het verplicht eigen risico valt, lijkt aanvullende informatie überhaupt noodzakelijk.

8.2.4 *Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg*

De eigen betalingen kunnen in de vorm van een vaste bijdrage of een vast percentage van de totale kosten ingezet worden.

Gedragseffecten en financieringsverschuiving

Uit een advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) komt naar voren dat eigen bijdragen expliciet ingezet kunnen worden als prikkel voor doelmatigere zorg en dat het kostenbewustzijn van zorggebruikers toe kan nemen. Zeker in het kader van marktwerking en het toenemende belang van de kwaliteit van geleverde zorg zullen eigen bijdragen naar verwachting leiden tot een kritischer opstelling van zorggebruikers ten opzichte van zorgaanbieders: krijgt men wel waar voor zijn geld?[145] De financiële houdbaarheid van het stelsel kan eveneens een reden zijn voor het invoeren van eigen betalingen. Volgens de RVZ zullen eigen bijdragen door burgers zich niet terugverdienen door een evenredige afname van de kosten van de gezondheidszorg.

In het advies 'Gepaste zorg' stelt de Raad vast dat eigen betalingen de vraag naar zorg waarschijnlijk niet in grote mate zullen afremmen. Het CPB heeft berekend dat mensen met lage zorguitgaven (tot 150 euro) bij invoering van eigen bijdragen in het algemeen (dus niet enkel voor huisartsenzorg) een afname van het gedragseffect laten zien. Zij krijgen immers met lagere eigen betalingen te maken. Overigens is het gedragseffect absoluut gezien toch al gering, omdat het om lage zorguitgaven gaat. Wanneer sprake is van zorguitgaven tussen de 150 en 1500 euro wordt de remweg langer. Voor mensen met zeer hoge zorguitgaven is de veronderstelling dat hun gedrag niet verandert wanneer zij bij voorbaat kunnen verwachten dat ze het maximale bedrag aan eigen betalingen zullen overschrijden.

Opvallend is dat de mate van remming weinig varieert met de hoogte van de eigen bijdragen.[146] Uit berekeningen van het CPB blijkt verder dat eigen bijdragen over het algemeen niet resulteren in een groter gedragseffect dan een eigen risico, ook al wordt de remweg verlengd. In vrijwel alle situaties is het gedragseffect maximaal bij een eigen bijdrage van 100% (eigen risico) (zie ook RAND experiment in hoofdstuk 4).[147] Alleen bij een laag eigen risico is het gedragseffect van eigen bijdragen en eigen risico ongeveer gelijk.

---

145 RVZ. Advies: Van patiënt tot klant. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2003.

146 Uit het meest beroemde en meest grootschalige experiment over eigen bijdragen in de zorg, het Health Insurance Experiment bleek dat zonder eigen bijdrage 86,8% medische zorg gebruikt, tegenover 78,7% bij een eigen bijdrage van 25% en 77,2% bij een eigen bijdrage van 50%. Het aantal doktersbezoeken van mensen zonder eigen bijdrage was gemiddeld 4,55; bij mensen met een eigen bijdrage van 25% was het aantal bezoeken 3,33 en bij een eigen bijdrage van 50% 3,03. Uit: SEO. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: augustus 2008, p. ix.

147 Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment, Harvard: Harvard University Press.

Daardoor zijn weinig negatieve gezondheidseffecten te verwachten van de invoering van eigen bijdragen. Op onderdelen kunnen er wel effecten zijn: het aantal zelfverwijzingen bij de afdelingen SEH van de ziekenhuizen kan wel afnemen, en dat is ook wenselijk. Extra aandacht moet wel worden geschonken aan chronische patiënten in verband met het risico op cumulatie van inkomenseffecten.[148]

Andere typen zorg waarbij prijsgevoeligheid een rol speelt zijn:

- hulpmiddelen;
- geneesmiddelen;
- klein laboratorium onderzoek;
- kraamzorg en verloskundigen;
- no show kosten;
- GGZ.

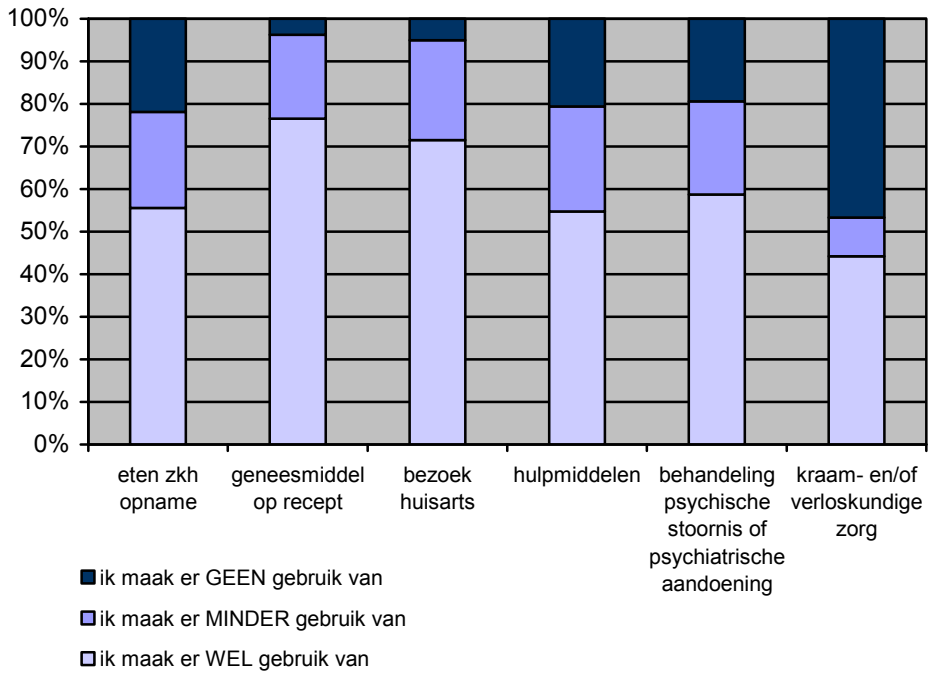
Binnen deze variant zou differentiatie van de hoogte van de eigen bijdrage tot de mogelijkheden behoren. Voor zorgvormen waar verzekerden keuzemogelijkheden hebben, kunnen zorgverzekeraars voor preferente zorgaanbieders een lagere eigen bijdrage heffen. Daarmee vormt differentiatie van de eigen bijdrage een alternatief sturingsinstrument.[149]

Respondenten van het CoPa is gevraagd wat ze zouden doen als ze een eigen bijdrage (los van het verplicht eigen risico) moeten betalen voor bepaalde vormen van zorg die voor hen noodzakelijk is. Onderstaande figuur laat zien dat mensen vooral gebruik blijven maken van geneesmiddelen op recept en huisartsbezoek. Hoewel de respondenten gevraagd is voor te stellen dat de zorg voor hen noodzakelijk is, geeft een opvallend hoog percentage van de respondenten (46.7%) aan geen gebruik te zullen maken van kraam- en/of verloskundige zorg. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat deze zorg voor oudere en mannelijke respondenten niet relevant is.

[148] RVZ. Advies: Gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2004.

[149] De mogelijkheid om de eigen bijdrage te differentiëren voor zorgvormen waarbij voor verzekerden iets te kiezen valt, is voorgesteld door UVIT in het kader van de werkgroep curatieve zorg (januari 2010; brede heroverwegingen).

Figuur 8.4 Zorggebruik bij eigen bijdrage



De afname in het zorggebruik bij eigen bijdragen, lijkt hier groter dan in het advies 'Gepaste zorg' van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). Daarin wordt aangegeven dat eigen betalingen de vraag naar zorg waarschijnlijk niet in grote mate zullen afremmen.[150]

Transparantie

Er zijn naast huisartsenzorg ook andere vormen van zorg waaraan eigen bijdragen kunnen worden verbonden. Een voorbeeld is de betaling voor de hotelfunctie van het ziekenhuis in Duitsland en in België. Voor wat betreft eigen bijdragen geldt dat dit vrij eenvoudig uit te leggen is aan de burger. Voor een combinatie van eigen bijdragen en het verplicht eigen risico is dit in mindere mate het geval.

8.2.5 *Aandacht voor rechtvaardigheid en sturing door vrijstelling van eigen betalingen*

Er kleven risico's aan de invoering of ophoging van eigen betalingen. Ze zijn regressief en het is daarom van groot belang om de verticale rechtvaardigheid (waarbij de vraag centraal staat of mensen met hogere inkomens meer of minder dan evenredig aan de zorg bijdragen) blijvend in de gaten te houden. Naast inkomenssolidariteit, speelt ook risicosolidariteit een centrale rol bij elk ontwerp van eigen betalingen. Overigens kan bij de vraag of risicosolidariteit voldoende gewaarborgd wordt, ook het profijtbeginsel van belang zijn. Dan geldt dat zorggebruikers ook meer zelf bijdragen.

Tevens zal men moeten volgen wat de effecten van wijzigingen op de vraag naar zorg zijn. Remt het eigen risico (of een variant hierop) niet enkel onnodige zorg, maar ook noodzakelijke zorg af? Daarnaast zullen de administratieve lasten van de invoering van eigen betalingen toenemen omdat het gepaard gaat met meer registratievereisten. Om rechtvaardigheid te behouden kunnen verzekerden (deels) vrijgesteld worden van eigen betalingen. Daartoe bestaan diverse manieren:

[150] RVZ. Advies: Gepaste Zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2004.

- uitzonderen van bepaalde groepen;
- inkomensafhankelijke eigen bijdrage;
- plafond aan eigen bijdrage;
- garantie van een sociaal minimum.[151]

Het verder uitwerken van deze compensatiemechanismen en de voor - en nadelen ervan vormt geen onderdeel van deze analyse.[152]

8.3 Samenvatting

In Tabel 8.2 wordt een samenvatting gegeven van de verschillende varianten zoals die hierboven aan bod zijn gekomen. We hebben de verschillende varianten ten opzichte van het huidige verplicht eigen risico kwalitatief beoordeeld op de drie aspecten: gedragseffecten, financieringsverschuiving en transparantie.

Tabel 8.2 Varianten op het verplicht eigen risico

Variant	Gedragseffecten	Financierings - verschuiving	Transparantie
Verhogen verplicht eigen risico	+*	+	+/-
Verschoven verplicht eigen risico	?	-	-
Huisartsenzorg onder verplicht eigen risico	+	+	+
Huisartsenzorg: eigen bijdrage naast verplicht eigen risico	+	+	+/-
Eigen bijdrage andere vormen van zorg	+	+	+/-

Een + betekent dat de variant beter scoort op alle aspecten, terwijl een - betekent dat de variant minder goed scoort dan de huidige maatregel. In geval van +/- zijn de effecten naar verwachting vergelijkbaar met de huidige maatregel. In geval van een ? is het onduidelijk in hoeverre het een verbetering of verslechtering oplevert.
* Er geldt wel een bepaalde grens aan het verhogen van het verplicht eigen risico. Een te hoog eigen risico leidt wel tot *meer* gedragseffecten, maar op een bepaald moment heeft dit hoogstwaarschijnlijk een minder goed effect op de gezondheid.

De varianten op het verplicht eigen risico hebben betrekking op eigen bijdrage of eigen risico (al dan niet aan de voet). Procentuele bijbetaling is niet als zodanig benoemd, maar zou bijvoorbeeld in geval van de laatste variant (‘eigen bijdragen voor andere vormen van zorg’) ook in plaats van eigen bijdragen toegepast kunnen worden. Vooralsnog lijkt dat weinig invloed te hebben op de beschreven effecten en transparantie.

[151] SEO Economisch Onderzoek. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: SEO, augustus 2008.

[152] Voor een evaluatie van de effecten van een inkomensafhankelijke compensatieregeling zoals die in België bestaat verwijzen we naar het rapport “Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg” van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE reports 80A. Brussel, 2008).

Bijlage 1 Literatuuroverzicht eigen betalingen

Tabel B.1 Relevante literatuur over eigen betalingen

Auteurs	Titel	Land	Jaar	Zorgtype(n)	Doelgroepen	Verplicht of vrijwillig	Onderwerp	Resultaat
Zweifel & Manning (2000)	”Moral hazard” and consumer incentives in health care	VS	1974-1982	ziekenhuis- en extramurale zorg	Personen jonger dan 62 jaar	vrijwillig	Prijsgevoeligheid op basis van het RAND experiment	Prijselasticiteit tot 25% eigen betalingen -0,17. meer dan 25% -0,31 extramurale zorg, -0,14 ziekenhuiszorg
Contoyannis et. Al. (2005)	Estimating the price elasticity of expenditure for prescription drugs in the presence of non-linear price schedules: an illustration from Quebec	CAN	1993-1997	medicijngebruik	ouderen	verplicht	Prijsgevoeligheid van medicijngebruik op basis van veranderingen in het beleid gericht op eigen betalingen	Prijselasticiteit tussen de -0,12 en -0,16
Li et al (2007)	The impact of cost sharing of prescription drug expenditures on health care utilization by elderly: own- and cross price elasticities	CAN	2002	medicijngebruik	reumatoïde artritis patiënten	verplicht	Prijsgevoeligheid van medicijngebruik op basis van veranderingen in het beleid gericht op eigen betalingen	Bij twee verschillende zorgverzekeraars was de prijselasticiteit -0,11 en -0,20

Auteurs	Titel	Land	Jaar	Zorgtype(n)	Doelgroepen	Verplicht of vrijwillig	Onderwerp	Resultaat
Newhouse (1980)	The effect of deductibles on the demand for medical care services.	VS	From 1970	Algemeen	geen specifieke doelgroep	Vrijwillig	Effecten van hoger eigen risico op basis van verschillen in polissen	Een verhoging van het eigen risico met $50 naar $200 resulteert in een zorgafname van 15%. Van $50 naar $500 resulteert in zorgafname van 28%; en van $50 naar $1000 geeft als uitkomst een afname van 45%
Ellis & McGuire (1986)	Cost sharing and Patterns of Mental Health Care Utilization	VS	1979-1983	geestelijke gezondheidszorg	geen specifieke doelgroep	vrijwillig	Prijsgevoeligheid van geestelijke gezondheidszorg op basis van verschillen in polissen	Een prijselasticiteit van -0,3 voor uitgave in de eerste 30-dagen van zorggebruik en -0,4 voor uitgave in de eerste 60-dagen van zorggebruik
Chandra (2007)	Patient cost-sharing, hospitalization offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly	VS	2001-2001	huisartsenbezoek, geneesmiddelengebruik, ziekenhuisopname	ouderen	verplicht	Prijsgevoeligheid van zorg op basis van veranderingen in het beleid van eigen betalingen	Prijselasticiteit van -1,38 tot -1,90 voor huisartsbezoeken; -0,035 tot -0,048 voor geneesmiddelengebruik. Wel meer ziekenhuis gebruik, mogelijk door uitstel van noodzakelijke zorg
Van de Voorde (2001)	Effects of cost sharing on physician utilisation under favourable conditions for supplier-induced demand	BE		huisartsenbezoek	geen specifieke doelgroep	verplicht	Prijsgevoeligheid van huisartsenbezoek	prijselasticiteit huisartsenbezoek -0,28 tot -0,39, prijselasticiteit praktijkbezoek -0,12 tot -0,16
Rutten (1978)	The use of health care facilities in the Netherlands: an	NL	1973	ziekenhuisverpleging	Bevallen vrouwen	verplicht	Prijsgevoeligheid van verpleegdagen in het ziekenhuis	gemiddeld 15 verpleegdagen minder bij kostenstijging van 10% wanneer er een eigen betaling van 25% is

Auteurs	Titel	Land	Jaar	Zorgtype(n)	Doelgroepen	Verplicht of vrijwillig	Onderwerp	Resultaat
	econometric analysis							
Need et al (1992)	Het plan-Simons en het eigen risico	NL	1989	huisartsenhulp, specialistenhulp, tandheelkundige hulp, fysiotherapie, geneesmiddelen, ziekenhuisgebruik	geen specifieke doelgroep	verplicht en vrijwillig	Gedragseffect voor zes zorgvormen op basis van de CBS-gezondheidsenquête van 1989	Gedragseffect op macroniveau: 1,4% bij vrijwillig eigen risico van maximaal 227 euro; 3,3% bij verplicht eigen risico tussen 114 euro en €227 (tussen 38 en 76 eurovoor kinderen)
Van Tulder en Bruyns (1995)	Eigen risico in de gezondheidszorg	NL	1991	Algemeen	geen specifieke doelgroep	verplicht	Geschatte vraageffecten van introductie van het verplicht eigen risico in ziekenfonds op basis van de CBS-gezondheidsenquête van 1991	Verplicht eigen risico van 89 euro leidt tot reductie in ziektekosten op macroniveau met 0,5% of 1,1% afhankelijk of huisarts onder eigen risico valt
Van Vliet (2004)	Deductibles and Health Care Expenditures: Emperical Estimates of Price Sensetivity Based on Adminisatrative Data	NL	1993-1995	huisartsenhulp, specialistenhulp, tandheelkundige hulp, fysiotherapie, geneesmiddelen, ziekenhuisgebruik	particulier verzekerden	vrijwillig	Effecten verhoging eigen betaling en eigen risico op basis van de CBS-gezondheidsenquête	Eigen risico heeft een negatief effect op de zorgconsumptie m.u.v. tandartsbezoek en ziekenhuiszorg. Prijselasticiteit: alle zorg -0,14; huisartsenhulp -0,40; specialistenhulp -0,12; medicijngebruik -0,08; fysiotherapie -0,32

Bijlage 2 Econometrische analyse: methodologie

Schattingen

Om een inschatting te maken van het gedragseffect voor het verplicht eigen risico in de Zvw zouden wij idealiter, vergelijkbaar met het RAND experiment, gebruik willen maken van gegevens die zijn verkregen uit een experimentele opzet waarbij verzekerden willekeurig een verplicht eigen risico krijgen toegewezen. In de praktijk zijn dergelijke gegevens echter niet voorhanden. In plaats daarvan maken wij gebruik van het feit dat een bepaalde groep, namelijk de 0 tot 18 jarigen, is uitgesloten van het verplicht eigen risico.

We hebben in de analyse twee groepen gevolgd in 2007 en in 2008 (zie figuur B.2):

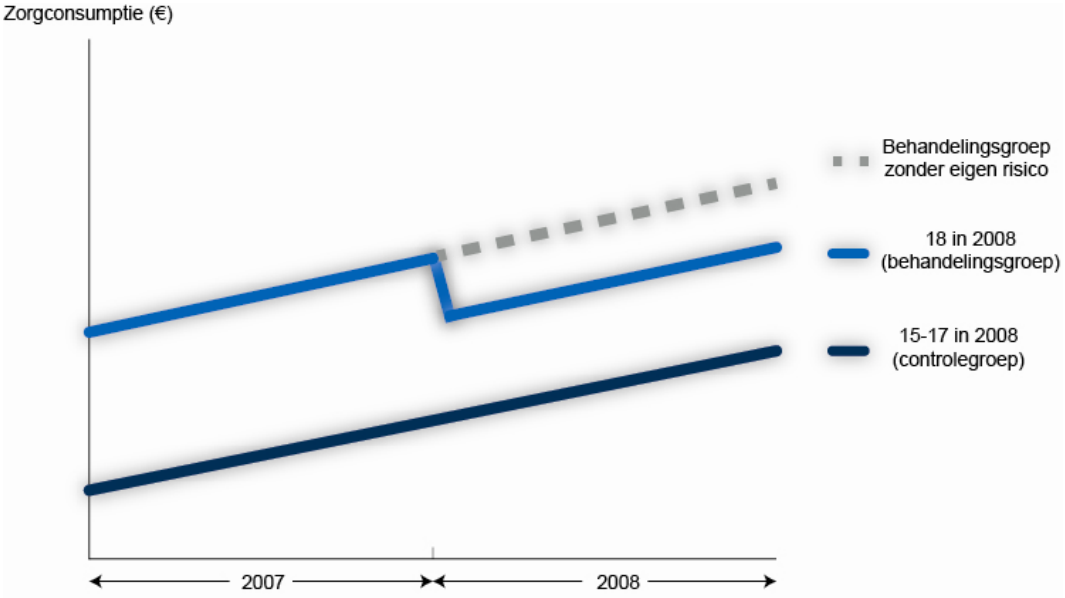
- *Behandelingsgroep:* 17 jarigen in 2007, die 18 jaar worden in 2008.
- *Controlegroep:* 14 , 15 en 16 jarigen in 2007, welke respectievelijk 15, 16 en 17 jaar worden in 2008.

Figuur B.2 Behandelingsgroep en controlegroep

In 2007 zijn zowel de behandelingsgroep als de controlegroep jonger dan 18 jaar en vallen zij niet onder het verplicht eigen risico en ook niet onder de no-claim teruggaveregeling. In 2008 is de behandelingsgroep 18 jaar, waardoor zij te maken krijgen met het verplicht eigen risico. De controle groep bestaat dan uit 15-17 jarigen, die niet onder het verplicht eigen risico vallen. Door de verandering in de zorgkosten tussen 2007 en 2008 van beide groepen te vergelijken, kan het effect van het verplicht eigen risico inzichtelijk worden gemaakt. Het is niet mogelijk om een vergelijking te maken voor hogere leeftijdsgroepen, aangezien deze groepen in 2007 te maken hadden met de no-claim teruggaveregeling.

Figuur B.3 geeft het effect van het verplicht eigen risico weer. De donkerblauwe lijn geeft de kostenontwikkeling weer van verzekerden die voor de invoering van het verplicht eigen risico 15 en 16 jaar waren en dus niet te maken hadden met het verplicht eigen risico. De lichtblauwe lijn geeft de kostenontwikkeling weer van verzekerden die in het jaar dat het verplicht eigen risico is ingevoerd 18 jaar oud zijn geworden. In de afwezigheid van een verplicht eigen risico zou de kostenontwikkeling het patroon volgen conform de gestippelde lijn. Door het verplicht eigen risico is er sprake van knik in de zorgvraag.

Figuur B.3 Effect verplicht eigen risico 16- en 17-jarigen in vergelijking met 18-jarigen



De methode die wij gebruiken om de effecten van het verplicht eigen risico op het zorggebruik te schatten, is de *difference-in-difference schatter*. Omdat we de beschikking hebben over paneldata, dat wil zeggen gegevens van dezelfde personen over een aantal tijdsperioden, kunnen we gebruik maken van een simpel model, dat als volgt te schrijven is:

$$\ln(zorgkosten_{i,t+1}) - \ln(zorgkosten_{i,t}) = \alpha + \gamma ER_{i,t+1} + \beta X_{i,t} + \varepsilon_i$$

Hierbij heeft *i* betrekking op de verzekerde, *t* geeft de tijdsperiode aan. In het model wordt de verandering in zorgkosten verklaard door het verplicht eigen risico en een trendmatige ontwikkeling in de kosten die hetzelfde is voor alle verzekerden. De γ is het effect van het verplicht eigen risico op de (verandering in de) zorguitgaven. Omdat de verandering in zorgkosten is uitgedrukt in het verschil tussen de natuurlijke logaritme van de zorgkosten in 2008 minus de natuurlijke logaritme van de zorgkosten in 2007, moet de γ*100 geïnterpreteerd worden als het procentpunt verschil in de verandering van de zorgkosten tussen de behandelingsgroep en de controlegroep. Een negatieve γ wijst op een remmend effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik. X is een vector van andere, exogene variabelen die mogelijk een effect hebben op het verschil in zorgkosten tussen 2007 en 2008. Hierbij gaat het om variabelen als geslacht en sociaal-economische status.

De aannamen die hierbij gemaakt worden zijn:

1. De verandering in zorgkosten van beide groepen tussen 2007 en 2008 zou min of meer gelijk zijn in een situatie zonder verplicht eigen risico;
2. Er zijn geen andere factoren die verschillen in de verandering van de zorgkosten van deze twee groepen kunnen veroorzaken, dan de factoren die opgenomen zijn in de vergelijking ($E(\varepsilon_i|ER,X=0)$)

Naast het schatten van het effect van het verplicht eigen risico op alle zorgkosten binnen de Zvw (uitgezonderd GGZ, tandartsenzorg en paramedische zorg, zie bijlage 3), is het mogelijk om de kosten van zorgvormen afzonderlijk te schatten.

Doorrekening

De econometrische analyse heeft alleen betrekking op 15-18 jarigen. Om uitspraken te doen over het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik van alle verzekerden in Nederland, is een extrapolatie gemaakt van 15-18 jarigen naar alle leeftijden boven de 18. Dit is gedaan op volgende wijze:

1. Het sommeren van alle zorgkosten binnen de Zvw in 2007,
- uitgezonderd verzekerden met een DKG en/of een FKG in 2007 of in 2008;
- uitgezonderd GGZ (niet in de data, zie bijlage 3);
- uitgezonderd verzekerden jonger dan 18 jaar.

Hoewel de paramedische zorg en de tandartszorg niet zijn meegenomen in de analyse, zijn deze zorgvormen wel meegenomen in de doorrekening. Het totaalbedrag komt uit op 10,6 miljard euro.

2. Het uitrekenen van de procentuele stijging in de zorgkosten van de controlegroep tussen 2007 en 2008. Dit is een stijging van ongeveer 10,6 procent.

3. De geschatte coëfficiënten van respectievelijk 7,3 procentpunt (OLS) en 2,6 procentpunt (mediaanschatter) aftrekken van de procentuele stijging in de zorgkosten van de controlegroep (10,6%): 10,6% – 7,3 = 3,3% en 10,6% - 2,6 = 8%. Dit is de stijging in de zorgkosten van verzekerden met een eigen risico tussen 2007 en 2008.

4. De procentuele stijging van de controlegroep (10,6%) vermenigvuldigen met de totale zorgkosten die uitgerekend zijn in stap 1: 10,6 miljard euro * 1,106 = 11,7 miljard euro. 11,7 miljard euro is het theoretische totaalbedrag aan zorgkosten in 2008 in het geval er geen verplicht eigen risico zou zijn geweest. De zorgkosten van de paramedische zorg en de tandartszorg zijn meegenomen in deze berekening. Dit betekent dat we veronderstellen dat de geschatte coëfficiënten voor de andere typen zorg (-0,073 en -0,026) even groot zullen zijn voor de tandartszorg en de paramedische zorg.

5. De procentuele stijging van de behandelingsgroep (3,3% en 8%) vermenigvuldigen met de totale zorgkosten die uitgerekend zijn in stap 1 (zie tabel B4).

Tabel B.4 Voorspelde zorgkosten in 2008 in een situatie zonder een verplicht eigen risico en een situatie met een verplicht eigen risico

	OLS schatter		Mediaanschatter	
	%	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)	%	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)
Geen verplicht eigen risico	10,6	11.704	10,6	11.704
Verplicht eigen risico	3,3	10.932	8,0	11.430
Verschil	**7,3**	**772**	**2,6**	**275**

6. Berekenen van verschillende scenario's aan de hand van verschillende aannamen van prijsgevoeligheid van hogere leeftijdsgroepen. Tabel B.5 geeft hiervan het resultaat weer.

Tabel B.5 Effect verplicht eigen risico met verschillende aannamen van prijsgevoeligheid van hogere leeftijdsgroepen

	OLS schatter		Mediaanschatter	
Prijsgevoeligheid ten opzichte van de analysegroep	procentpunt	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)	procentpunt	Voorspeld bedrag (in miljoen euro)
1	7,3	772	2,6	275
0,75	5,5	579	1,9	206
0,50	3,6	386	1,3	137
0,25	1,8	193	0,6	69

Bijlage 3 Gegevensbestanden en berekening eigen betaling

In de analyses maken gebruik van de zogenaamde analysebestanden. Dit zijn geaggregeerde bestanden op verzekerdenniveau die gegevens bevatten over de uitgaven aan zorg over een jaar aangevuld met kenmerken van de verzekerde. Deze gegevens worden verzameld door Vektis waarbij declaratiebestanden van zorgverzekeraars de basis vormen. Het ministerie van VWS beschikt over een afslag van deze gegevens die onder andere worden gebruikt voor budgetteringsdoeleinden.

De kostengegevens zijn uitgesplitst in de volgende klassen:

- Kosten vervoer;
- Paramedische zorg;
- Kosten farmacie;
- Kosten hulpmiddelen;
- Tandartszorg;
- Ziekenhuiszorg (variabel, vast en extra);
- Huisarts;
- Verloskunde;
- Kraamzorg.

Verder zijn van de verzekerde de volgende kenmerken bekend:

- Geslacht;
- Leeftijd in vijfjaarklassen;
- Aard van het inkomen onder 18-64 jarigen naar:
  - werkend in loondienst;
  - arbeidsongeschikt;
  - werkloos;
  - bijstand;
  - zelfstandig.
- Sociaaleconomische status (alleen beschikbaar voor 2008) naar:
  - Laag inkomen;
  - middel inkomen;
  - hoog inkomen.
- Indeling in farmacie kosten groepen (FKG's);
- Indeling in diagnose kosten groepen (DKG's);
- Wegingsfactor die een weging naar de totale populatie mogelijk maakt.

Wij beschikken over bestanden voor de jaren 2007 en 2008. Omdat het mogelijk is de bestanden te koppelen op verzekerdenniveau zijn we in staat de kostenontwikkeling te volgen tussen 2007 en 2008. Totaal bevatten de verschillende bestanden 14,9 (2007) en 15,5 (2008) miljoen verzekerden.

Berekening eigen betaling

De bestanden bevatten geen gegevens over de omvang van de eigen betalingen.[153]
Bij de bepaling van de omvang van de verplichte eigen betalingen (no-claim teruggaveregeling en het verplicht eigen risico) hebben we de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico;
- Huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 tot en met 21 jaar zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico.

Omdat de kostengegevens zijn uitgesplitst in kostengroepen, kunnen we de omvang van de eigen betaling voor het verplicht eigen risico of de no-claim teruggaveregeling benaderen. Voor een aantal behandelingen kunnen wij op basis van de beschikbare gegevens niet exact bepalen of de zorg daadwerkelijk onder de eigen betaling valt. Bijvoorbeeld, tandheelkundige zorg voor verzekerden van 18 tot en met 21 jaar is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Omdat wij de leeftijd van verzekerde alleen waarnemen in 5-jaarsklassen, kunnen wij niet precies aangeven of een verzekerde in deze groep valt. Wij hebben daarom verondersteld dat ook de tandheelkundige zorg voor verzekerden van 22 tot en met 24 jaar is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dit leidt niet tot een onzuiverheid in de econometrische analyse, aangezien tandartszorg uitgesloten is van deze analyse. Het leidt echter wel tot een lichte overschatting van de totale hoeveelheid eigen betalingen van de gehele populatie.

Bovendien vallen bepaalde behandelingen binnen tandheelkundige zorg voor 18- tot en met 21-jarigen wel onder het verplicht eigen risico.[154] Hetzelfde geldt voor bepaalde behandelingen die onder kraamzorg en verloskundige zorg vallen.[155] Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij deze specifieke behandelingen niet onderscheiden. Deze hebben wij daarom wel meegeteld bij de bepaling van de verplichte eigen betaling.

In de gegevensbestanden is geen informatie beschikbaar over het gebruik van een vrijwillig eigen risico. Dit blijft dus buiten beschouwing in de analyse. Omdat slechts een klein deel van de verzekerden gebruik maakt van een vrijwillig eigen risico, verwachten we dat dit geen grote effecten heeft op de uitkomsten.

De curatieve GGZ is per 1 januari 2008 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en is in deze analyse buiten beschouwing gelaten. Het verplicht eigen risico kan echter wel degelijk effect hebben op consumptie van curatieve GGZ. Wij kunnen dit echter niet analyseren op basis van de beschikbare gegevens.

Pakketwijzigingen die relevant zijn voor eigen betalingen

In deze analyse zijn wij geïnteresseerd in de kostenontwikkeling over een aantal jaren en de mogelijke invloed van het verplicht eigen risico hierop. Andere factoren, zoals pakketwijzigingen, kunnen ook van invloed zijn op de kostenontwikkeling. In de analyse zullen wij waar mogelijk controleren voor dergelijke externe invloeden.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste pakketwijzigingen in 2007 en 2008. Voor 2007 zijn geen veranderingen aangebracht in het basispakket die van grote invloed zijn op de

---

153 Hiermee bedoelen we zowel het vrijwillig eigen risico voor de Zfw en de Zvw, voor 2007 het bedrag van de no-claimteruggaveregeling dat niet is teruggekregen en voor 2008 het bedrag dat de verzekerde heeft bijgedragen voor het verplicht eigen risico.

154 Chirurgische specialistenhulp (en daarbij behorend röntgenonderzoek) en uitneembare prothesen vallen wel binnen het verplicht eigen risico.

155 Echografie voorgeschreven door huisarts, verloskundige of gynaecoloog, ziekenhuisopname tijdens zwangerschap in verband met complicaties bij de zwangerschap en ziekenhuisopname bij bevalling in het ziekenhuis.

verplichte eigen betalingen. In 2008 is de tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar weer opgenomen in het basispakket voor zover het de periodieke controles, verwijdering van tandsteen en het vullen van gaatjes betreft. Omdat dit grote gevolgen heeft voor het gebruik van tandheelkundige zorg onder verzekerden tussen 18 en 22 jaar, hebben wij de tandheelkundige zorg niet meegenomen in de analyse van het gedragseffect het verplicht eigen risico. Deze analyse richt zich specifiek op deze groep verzekerden. Daarnaast is de anticonceptie voor alle verzekerden in het basispakket opgenomen. In 2007 gold dit alleen voor verzekerden tot 22 jaar. Dit heeft geen grote effecten voor de analyse van het gedragseffect.

Tabel B.3 Overzicht belangrijkste pakketwijzigingen in 2007 en 2008

Jaar	Pakketwijziging
2007	De prenatale screening naar aangeboren afwijkingen, anders dan via een structureel echoscopisch onderzoek in het tweede trimester van de zwangerschap, als de verzekerde jonger is dan 36 jaar en hiervoor geen medische indicatie heeft, wordt niet meer vergoed.
2007	Het basispakket is uitgebreid met de eerste in-vitrofertilisatie (IVF-) poging.
2007	De abdominoplastiek (buikwandcorrectie) is onder de voorwaarden die gelden voor plastische chirurgie opgenomen in het basispakket.
2007	Invoering van persoonsgebonden budget (PGB) voor verzekerden met een visuele handicap. Doel van dit experiment is om te zien of innovatieve zorgvormen in de Zvw van de grond komen. Het gaat hierbij om oogprothesen, gezichtshulpmiddelen, mobiliteitshulpmiddelen, informatie- en communicatiehulpmiddelen, beeldschermloepen, tactiel leesapparatuur en blindengeleidehonden.
2008	Tandheelkundige zorg: Jongeren tot 22 jaar krijgen tandheelkundige zorg vergoed (in 2007 tot 18 jaar). Dit geldt o.a. voor periodieke controles, verwijdering van tandsteen en het vullen van gaatjes.
2008	Anticonceptie: Verzekerden van alle leeftijden krijgen in de basisverzekering 2008 weer een vergoeding voor de volgende voorbehoedsmiddelen (anticonceptiva): de pil, het spiraaltje, de hormoonring en de morning-afterpil. In 2007 gold dit alleen voor verzekerden tot 22 jaar.
2008	Geestelijke gezondheidszorg (GGZ): Veel psychische problemen zijn goed en snel te behandelen. Daarom heeft de overheid besloten om de GGZ die op genezing gericht is, per 1 januari 2008 van de AWBZ over te hevelen naar de basisverzekering. In het basispakket komt bovendien de psychologische zorg in de eerste lijn terecht. Voorheen werd dit alleen vergoed middels een aanvullende verzekering. Langdurige GGZ gericht op verzorging (i.p.v. genezing), blijft in de AWBZ.

Bijlage 4 Analyse FKG/DKG

Tabel B.4 geeft de uitkomsten weer van de analyse onder alle verzekerden tussen de 15-24 jaar, inclusief de verzekerden met een DKG en/of een FKG-indicatie. De coëfficiënten van de interactietermen van 18 jaar met de FKG en DKG termen zijn niet significant verschillend van 0, wat impliceert dat het verplicht eigen risico geen gedragseffect veroorzaakt onder verzekerden met een FKG en/of een DKG indicatie.

Tabel B.4 Uitkomsten gedragseffecten– verzekerden 15-24 jaar, inclusief verzekerden met DKG/FKG

	Totale zorguitgaven
	parameter
Constante	0.162*
Leeftijd 18 jaar	-0,073*
Leeftijd 19-24 jaar	-0,008*
Man	-0,119*
Loondienst	0,022*
Middel inkomen	-0,037*
Hoog inkomen	-0,021*
Wel FKG in 2007, geen FKG in 2008	-0,105*
Geen FKG in 2007, wel FKG in 2008	-0,327*
FKG in beide jaren	-0,165*
Wel DKG in 2007, geen DKG in 2008	-0,156*
Geen DKG in 2007, wel DKG in 2008	-1,871*
DKG in beide jaren	-0,770*
18 jaar * Wel FKG in 2007, geen FKG in 2008	0,003
18 jaar * Geen FKG in 2007, wel FKG in 2008	-0,022
18 jaar * FKG in beide jaren	0,005
18 jaar * Wel DKG in 2007, geen DKG in 2008	-0,026
18 jaar * Geen DKG in 2007, wel DKG in 2008	-0,025
18 jaar * DKG in beide jaren	-0,171

*p<0.01.

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas