

Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I

Achtergrondrapport van de eerste fase

R. Goudriaan
H. Bartelings
V. Thio
R.W.D.J. Snijders

Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS

© Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE)

Den Haag, 1 juni 2006

Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I: Achtergrondrapport van de eerste fase

R. Goudriaan, H. Bartelings, V. Thio en R.W.D.J. Snijders

Ape rapport nr. 343a

© 2006 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Website: www.ape.nl

Omslag: Brordus Bunder, Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUD

1	INLEIDING	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Probleemstelling	6
1.3	Indeling van het achtergrondrapport	8
2	OPZET VAN DE EERSTE FASE VAN DE EVALUATIE	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Analyse van ervaringen met no-claimteruggaveregeling	9
2.2.1	Noodzaak van aanvullende informatieverzameling	9
2.2.2	Schriftelijke enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars	10
2.3	Monitoring van de effecten van de no-claimteruggaaf op nationaal niveau	11
2.3.1	Opzet van de meting	11
2.3.2	Standaardisering voor verzekerdenaantallen	12
2.3.3	Technische uitwerking	13
3	VERZEKERDEN EN DE NO-CLAIMTERUGGAVEREDELING	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Respons en regionale representativiteit	16
3.3	Informatie en kennis bij verzekerden	17
3.4	Verwachte gedragseffecten	23
3.5	Gerealiseerde effecten over 2005	24
3.5.1	Uitkering van de no-claimteruggaaf en uitvoering van de regeling	24
3.5.2	Effecten van de no-claimteruggaaf	25
3.6	Vrijwillig eigen risico in 2006	25
3.7	Conclusies	27
4	HUISARTSEN EN DE NO-CLAIMTERUGGAVEREDELING	29
4.1	Inleiding	29
4.2	Respons en regionale representativiteit	29
4.2.1	Respons	29
4.2.2	Regionale representativiteit	30
4.3	Kennis van de no-claimteruggaaf en het eigen risico	31
	Ape	1

4.4	Effecten en invloed op behandelgedrag	34
4.5	Vragen en opmerkingen van cliënten	37
4.6	Conclusies	38
5	ZORGVERZEKERAARS EN DE NO-CLAIMTERUGGAVEREDELING	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Informatie over de no-claimteruggaveregelning in 2005	42
5.3	Financiële effecten van de no-claimteruggaaf over 2005	43
5.3.1	Uitkering en terugvordering	43
5.3.2	Financieringsverschuiving	45
5.4	Uitvoering van de no-claimteruggaveregelning	45
5.4.1	Uitvoering van de no-claimteruggaveregelning over 2005	45
5.4.2	Uitvoering van de no-claimteruggaveregelning en het vrijwillig eigen risico over 2006	47
5.5	Vrijwillig eigen risico	48
5.6	Verwachte effecten no-claimteruggaaf en eigen risico	49
5.7	Conclusies	51
6	NIEUWE VERWIJZINGEN NAAR SPECIALISTEN	53
6.1	Inleiding	53
6.2	Trends, 2000-2004	53
6.3	Nulmeting en eerste vervolgmetering	54
6.4	Conclusies	56
7	BEROEP OP DE HUISARTSENZORG	57
7.1	Inleiding	57
7.2	Trends, 2000-2004	57
7.3	Nulmeting en eerste vervolgmetering	58
7.4	Conclusies	59
8	GENEESMIDDELEN	61
8.1	Inleiding	61
8.2	Trends, 2000-2004	62
8.3	Nulmeting en vervolgmetering	66
8.4	Conclusies	68
9	HULPMIDDELEN	69
9.1	Inleiding	69
9.2	Trends, 2000-2004	69
9.3	Nulmeting en vervolgmetering	70
9.4	Conclusies	73

LITERATUUR	75
BIJLAGE I: VRAGENLIJSTEN VAN DE ENQUÊTES	77

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Sinds 1 januari 2005 geldt voor ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder de no-claimteruggaveregeling. Nu de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is ingevoerd, heeft de no-claimteruggaveregeling betrekking op alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden ontvangen na afloop van een kalenderjaar geld terug, indien zij dat jaar geen of weinig zorg hebben geconsumeerd (minder dan € 255). De huisartsenhulp, de verloskundige zorg en de kraamzorg vallen niet onder de no-claimteruggaaf.

De no-claimteruggaveregeling is onderdeel van de systeemwijzigingen in de zorg, die zijn gericht op zowel aanbieder, verzekeraar als burger. Met de no-claimteruggaveregeling wil de regering de eigen verantwoordelijkheid van de burger bevorderen en de collectieve verantwoordelijkheid beperken. Met de no-claimteruggaveregeling wordt in 2005 een financieringsverschuiving beoogd van collectief naar privaat ter grootte van circa € 1,4 mrd. Daarnaast is de verwachting dat verzekerden door de no-claimteruggaaf een betere afweging van het gebruik van zorgvoorzieningen maken. De no-claimteruggaaf moet in 2005 leiden tot een afremming van de volume- en kostenstijgingen in de zorgsector met circa € 0,2 mrd.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet in de Eerste Kamer heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegezegd een evaluatiekader beschikbaar te stellen om de no-claimteruggaveregeling te kunnen monitoren. In opdracht van het ministerie van VWS heeft Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE) het bedoelde evaluatiekader opgesteld (Goudriaan en Snijders 2005). Bij brief van 12 april 2005 (Tweede Kamer 2004/2005) heeft de minister het evaluatiekader aan de Eerste en Tweede Kamer gezonden. De evaluatie vindt plaats op basis van het uitgewerkte evaluatiekader. De kanttekeningen die de minister in zijn genoemde brief van 12 april 2005 heeft geplaatst bij het evaluatiekader worden betrokken bij de evaluatie. Op verzoek van het ministerie van VWS is de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling op een aantal punten uitgebreid (Tweede Kamer 2005/2006).

De voorliggende rapportage richt zich op de eerste fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. Dat betekent dat de huidige evaluatie vooral betrekking heeft op de uitvoering en de effecten van de regeling voor de (voormalige) ziekenfondsverzekerden over het jaar 2005. Daarnaast schenken wij ook aandacht aan de recente ervaringen met de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico in het kader van de Zorgverzekeringswet. De *eerste* fase van de evaluatie bestaat in hoofdlijnen uit twee componenten:

- Via enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars analyseren wij enerzijds de kennis en informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. Anderzijds onderzoeken wij de uitvoering en de (verwachte) effecten van beide regelingen.
- Via *globale* analyses voor ziekenfondsverzekerden proberen wij op nationaal niveau zicht te krijgen op de gerealiseerde effecten van de no-claimteruggaveregeling over 2005.

In de *tweede* fase van de evaluatie, in 2007 wordt uitgevoerd, volgt op verzekerdenniveau een *verdiepingsslag* om onder meer de 'remgeldeffecten' van de beleidsmaatregel adequaat in beeld te krijgen. In die verdiepingsslag gaan wij na bij welke categorie ziekenfondsverzekerden en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggaaf de meeste invloed uitoefent op het zorggebruik en de zorgkosten. Dat lukt minder goed bij analyses op nationaal niveau, omdat de no-claimteruggaaf vooral effectief is bij verzekerden met zorgkosten onder of vlak boven de no-claimteruggavegrens.

1.2 Probleemstelling

Met de no-claimteruggaveregeling wordt een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogd, teneinde de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen. De no-claimteruggaveregeling mag echter niet leiden tot onbedoelde drempels voor zorggebruik en onderconsumptie, maar moet juist de zorgconsumptie *selectief* afremmen: alleen de niet-noodzakelijke en de minder noodzakelijke consumptie. Over de omvang van de financieringsverschuiving bestaat een redelijk grote zekerheid, maar over de omvang van het volume-effect ('remgeldeffect') bestaat deze zekerheid in mindere mate. Daarnaast bestaat discussie over de uitvoeringsaspecten van de no-claimteruggaveregeling; bijvoorbeeld in combinatie met het vrijwillig eigen risico.

De gedragseffecten die voortvloeien uit de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico, hangen af van de kennis en de informatie over deze regelingen bij de verzekerden en de huisartsen, en met de informatieverschaffing door de zorgverzekeraars. Als verzekerden en/of huisartsen niet op de hoogte zijn van de no-claimteruggaaf, treden de beoogde gedragseffecten niet of maar beperkt op. De no-claimteruggaveregeling is een vorm van eigen betalingen die nog niet eerder is toegepast in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom is inzicht gewenst in de effecten van de regeling. De centrale vraag van de evaluatie luidt: *Wat zijn de effecten van de effecten van de no-claimteruggaaf?*

Conform het evaluatiekader komen de volgende deelvragen in de rapportage over de eerste fase van de evaluatie aan de orde:¹

1. Wat is het effect op het aantal nieuwe verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten?
2. Leidt de regeling tot een extra druk op de huisartsenzorg?
3. Wat is het effect op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen?
4. Leidt de regeling tot onbedoelde drempels voor het zorggebruik?
5. Wat zijn de uitvoeringskosten en financiële effecten van de regeling?
6. Welke informatie over de no-claimteruggaveregeling verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden en wat is de frequentie en de tijdigheid van de informatieverschaffing?
7. Hoe goed zijn verzekerden op de hoogte van no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico?
8. Hoe goed zijn de behandelaars op de hoogte van de no-claimteruggaveregeling en in hoeverre houden zij bij de zorgverlening en hun verwijs- en voorschrijfgedrag rekening met de financiële gevolgen voor de verzekerden?

Het effect van de no-claimteruggaaf op de spoedeisende eerste hulp bij ziekenhuizen komt in de voorliggende rapportage *niet* aan de orde, omdat de benodigde gegevens over 2005 uit het Letsel Informatie Systeem niet eerder dan medio juli 2006 beschikbaar zijn. Daarom stellen wij de beoogde analyse noodgedwongen uit tot de tweede fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling.

¹ Overeenkomstig de kanttekeningen van de minister van VWS bij het evaluatiekader wordt het effect van de no-claimteruggaaf op het aantal second opinions niet in de evaluatie betrokken (Tweede Kamer 2004/2005).

1.3 Indeling van het achtergrondrapport

In het voorliggende achtergrondrapport presenteren wij de achtergrondinformatie en technische details die ten grondslag liggen aan het beknoptere kernrapport. Hoofdstuk 2 beschrijft de aanpak van de eerste fase van de evaluatie. Daarin komt eerst de opzet van de aanvullende informatieverzameling ter sprake. Daarna wordt in het hoofdstuk ingegaan op de opzet van de monitoring van de effecten van de no-claimteruggaaf op nationaal niveau.

De volgende drie hoofdstukken behandelen de uitvoering en de verwachte effecten van de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico. Hoofdstuk 3 beschrijft de ervaringen van verzekerden met de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico. Het hoofdstuk berust op de resultaten van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 analyseren wij de ervaringen van huisartsen met de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico. Dit geschiedt op basis van de schriftelijke enquête onder praktiserende huisartsen. Hoofdstuk 5 gaat in op de ervaringen van zorgverzekeraars met de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico. Hiervoor hebben wij eveneens een schriftelijke enquête uitgezet.

Daarna volgen er vier hoofdstukken waarin wordt gezien of en in hoeverre het zorggebruik of de zorgkosten in 2005 achterblijven bij de trendmatige ontwikkeling in de periode 2000-2004. Hoofdstuk 6 heeft betrekking op nieuwe verwijzingen door huisartsen. Hoofdstuk 7 onderzoekt het beroep op huisartsenpraktijken. Hoofdstuk 8 analyseert de kosten van geneesmiddelen. Afgesloten wordt met hoofdstuk 9, waarin de kosten van de hulpmiddelen aan de orde komen.

Bijlage I bevat de vragenlijsten van respectievelijk het relevante deel van het Consumentenpanel Gezondheidszorg, de enquête onder huisartsen en de enquête onder zorgverzekeraars.

2 OPZET VAN DE EERSTE FASE VAN DE EVALUATIE

2.1 Inleiding

Conform het evaluatiekader kiezen wij in de voorliggende rapportage voor een pragmatische benadering, rekeninghoudend met de behoefte van de Kamer om op betrouwbare korte termijn al inzicht te hebben in een aantal effecten van de beleidsmaatregel. Wij voeren een aantal korte schriftelijke enquêtes uit onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars om zicht te krijgen op de eerste ervaringen met no-claimteruggaveregeling en het recent ingevoerde vrijwillig eigen risico in de basisverzekering. Daarnaast wordt bij de evaluatie zo veel mogelijk uitgegaan van bestaande gegevens die op reguliere wijze worden verzameld. Op basis van de genoemde gegevens voeren wij dit jaar de eerste fase van de evaluatie uit. Na de globale analyse van de eerste fase volgt in 2007 een tweede fase met een verdiepingsslag. Voor de verdiepingsslag moet aanvullende informatie op verzekerdeniveau worden verzameld.

2.2 Analyse van ervaringen met no-claimteruggaveregeling

2.2.1 Noodzaak van aanvullende informatieverzameling

Kennis van de no-claimteruggaveregeling bij verzekerden is - naast informatie over hun zorgkosten - belangrijk om de met de regeling beoogde gedragseffecten te bereiken. Verzekerden moeten op de hoogte zijn van het bestaan van de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico. Verder moeten zij door hun zorgverzekeraar op de hoogte worden gehouden over de ontwikkeling van hun zorgkosten.

Voor huisartsen geldt in zekere zin hetzelfde als voor de verzekerden. Zij moeten op de hoogte zijn van het bestaan van de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico en zij moeten in ieder geval op hoofdlijnen inzicht hebben in de verstrekkingen die onder de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillig eigen risico vallen. Anders kunnen zij in hun verwijs- en voorschrijfgedrag geen rekening houden met de financiële

consequenties voor hun cliënten. Verder is het van belang om te weten of de huisartsen rekening houden met de financiële consequenties voor hun cliënten of dat zij zich (nagenoeg) uitsluitend laten leiden door medisch-inhoudelijke overwegingen.

De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling voor de zorgverzekeraars kunnen op basis van de bestaande gegevens niet direct noch indirect worden bepaald. De gedragseffecten van de no-claimteruggaveregeling worden voor een belangrijk bepaald door de uitvoering van de maatregel en door de informatie die zorgverzekeraars verschaffen aan hun verzekerden. Als zij hierin tekortschieten, blijven de remgeldeffecten grotendeels achterwege.

2.2.2 Schriftelijke enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars

De hiervoor genoemde aspecten zijn belangrijk voor een weloverwogen oordeel over de no-claimteruggaveregeling. Voor de evaluatie hebben wij schriftelijke enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars gehouden.

De enquête onder verzekerden berust op een uitbreiding van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van NIVEL met aanvullende vragen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. De enquête is begin april 2006 gehouden. Het betreft een schriftelijke enquête onder 1.512 verzekerden die deelnemen aan het Consumentenpanel. De respons bedraagt 79%. Een deel van de vragen hebben wij uitsluitend gesteld aan (voormalige) ziekenfondsverzekerden.

Voor de enquête onder de praktiserende huisartsen heeft NIVEL op ons verzoek een representatieve steekproef van 500 huisartsen getrokken. De schriftelijke enquête is eind februari en begin maart 2006 gehouden. De effectieve respons bedraagt 31% (151 huisartsen).

De schriftelijke enquête onder alle zorgverzekeraars is begin mei 2006 via de Bestuurscommissie Verzekeringen van Zorgverzekeraars Nederland bij alle zorgverzekeraars uitgezet. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben aan de schriftelijke enquête deelgenomen. Onder de (voormalige) ziekenfondsen is de respons volledig, terwijl van de overige zorgverzekeraars slechts enkele kleinere zorgverzekeraars ontbreken. Een deel van de enquête heeft uitsluitend betrekking op de ziekenfondsverzekerden.

De aanvullende informatieverzameling via de drie schriftelijke enquêtes richt zich in grote lijnen op:

- de kennis en de informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico bij verzekerden en huisartsen;
- de gerealiseerde of verwachte effecten van respectievelijk de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico bij verzekerden;
- de effecten op het behandelgedrag van huisartsen, gelet op hun rol van poortwachter;
- de uitgekeerde voorlopige no-claimteruggaaf en de verwachte terugvordering over 2005;
- de problemen bij de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling en de uitvoeringskosten;
- de betekenis van het vrijwillig eigen risico en de motieven van verzekerden bij de keuze van een eigen risico;
- de uitvoering en de samenloop van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico in 2006.

2.3 Monitoring van de effecten van de no-claimteruggaaf op nationaal niveau

2.3.1 Opzet van de meting

Voor de bepaling van de effecten van de invoering van de no-claimteruggaveregeling hebben wij een vergelijkingsbasis nodig in de vorm van een nulmeting. De nulmeting beslaat de periode voorafgaande aan de invoering van de no-claimteruggaveregeling. Door een vergelijking van de nulmeting met vervolgmetingen in latere jaren kunnen ceteris paribus de effecten van de no-claimteruggaveregeling worden vastgesteld op de consumptie en de kosten van de verstrekkingen waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft. Als de no-claimteruggaaf effectief als 'remgeld' fungeert, moeten de kosten of het gebruik van de betreffende verstrekkingen dalen of minder snel stijgen dan in het verleden. Deze effecten treden vooral op bij verzekerden onder en vlak boven de huidige no-claimteruggavegrens van € 255.

Het verdient aanbeveling om bij de nulmeting de trends over een wat *langere* periode, maar niet al te lange periode te bekijken.² Een vergelijking

² Een langere periode voor de nulmeting dan vier à vijf jaar heeft weinig zin. In dat geval wordt het beeld nagenoeg volledig gedomineerd door de vele ingrij-

van uitsluitend de jaren 2004 en 2005 heeft naar onze mening weinig betekenis voor de vaststelling van de effecten van de no-claimteruggaaf bij ziekenfondsverzekerden. Dan bestaat immers het risico dat incidentele factoren het beeld verstoren. In onze analyses vergelijken wij daarom steeds de *trendmatige* ontwikkeling in de jaren 2000-2004 met die in latere jaren (in eerste instantie 2005). De trend in de periode 2000-2004 fungeert als *nulmeting*. Door de gekozen werkwijze worden de eventuele effecten van de no-claimteruggaaf op macroniveau zichtbaar in de vorm van afwijkingen van de trendmatige ontwikkeling. Dit laatste geschiedt met inachtneming van twee nuanceringen. Ten eerste vinden de volume-effecten van de no-claimteruggaaf op verzekerdenniveau vooral rond de no-claimteruggavegrens plaats. Dit is moeilijk te meten in analyses op nationaal niveau. Ten tweede kunnen er ook andere effecten dan die van de no-claimteruggaaf optreden, welke het beeld kunnen vertroebelen. In onze cijfers nemen wij in beginsel alleen een saldo-effect waar.

2.3.2 *Standaardisering voor verzekerdenaantallen*

Bij de nulmeting standaardiseren wij de zorgkosten of het zorggebruik steeds voor de omvang van de verzekerdenaantallen. Zo analyseren wij bijvoorbeeld het aantal dossiercontacten met de huisartsenpraktijk of de uitgaven aan geneesmiddelen steeds per ziekenfondsverzekerde of particulier verzekerde (indien mogelijk vanaf 18 jaar). Op die manier houden wij automatisch rekening met groei van de relevante de verzekerdenpopulaties in de tijd. Bij de trendanalyses die wij in het kader van de nulmeting verrichten, wordt de trendmatige ontwikkeling van het gestandaardiseerde zorggebruik of de gestandaardiseerde zorgkosten vervolgens geëxtrapoleerd naar 2005.

De trendmatige ontwikkeling van de zorgkosten of het zorggebruik per verzekerde geeft aan hoe deze zich – alle andere omstandigheden daargelaten - zouden ontwikkelen als de no-claimteruggaveregeling niet zou zijn ingevoerd. Door de trendmatig *verwachte* ontwikkeling van de zorgkosten of het zorggebruik in 2005 te vergelijken met de gerealiseerde waarden in dat jaar kunnen wij een globale inschatting maken van de invloed van de no-claimteruggaaf.

pende beleidsmaatregelen die de overheid in het afgelopen decennium in de zorgsector heeft doorgevoerd. Het is ondoenlijk om hiervoor in de analyses adequaat te corrigeren.

Bij de berekening van de trendmatige ontwikkeling van de zorgkosten of het zorggebruik per verzekerde nemen wij alleen rekening de groei van de verzekerdenpopulaties in beschouwing. Wij houden niet expliciet rekening met veranderingen in de bevolkingssamenstelling. Dergelijke demografische ontwikkelingen verlopen zeer geleidelijk. Daarom nemen wij deze ontwikkelingen impliciet mee via de trendmatige ontwikkeling. Gelet op de korte analyseperiode is dat geen beperking.

2.3.3 Technische uitwerking

In de trendanalyses wordt verondersteld dat het gebruik of de kosten per verzekerde bij afwezigheid van de no-claimteruggaveregeling of andere belangrijke beleidswijzingen en pakketmaatregelen jaarlijks met een *constant percentage* stijgt of daalt. Dit groeipercentage is afhankelijk van de gemiddelde procentuele veranderingen in de periode 2000-2004. Deze trekken wij door naar 2005 om de verwachte ontwikkeling van het zorggebruik of de zorgkosten te bepalen in de situatie zonder de no-claimteruggaveregeling.

De gemiddelde procentuele verandering van het kengetal voor het zorggebruik of de zorgkosten wordt berekend aan de hand van de formule *Kengetal* = $a \cdot e^{bt}$, waarin a een constante term weergeeft, $b \times 100$ de procentuele groei, t het jaar - 2000, e het getal e , en \ln de natuurlijke logaritme. De formule wordt na een logaritmische transformatie geschat met de kleinste-kwadratenmethode (OLS). In concreto schatten wij de volgende vergelijking:

$$(1) \quad \ln(\text{Kengetal}) = \ln(a) + bt.$$

Een belangrijk voordeel van deze op het eerste gezicht omslachtige methode is dat bij de bepaling van de gemiddelde groeipercentages alle waarnemingen gedurende gehele periode worden meegenomen; dit in tegenstelling tot de veel gebruikte methode voor bepaling van de gemiddelde jaarlijkse groeipercentages waarbij uitsluitend het beginpunt en het eindpunt in de berekening wordt betrokken. Laatstgenoemde benadering is gevoelig voor toevallige factoren die vooral in het beginjaar of het eindjaar optreden, terwijl onze (statistische) benadering juist voor zo veel mogelijk corrigeert voor toevallige factoren. Een tweede voordeel van onze aanpak is dat wij bij de berekening van groeipercentages zonder al te grote problemen rekening kunnen houden met niveaubreuken in de gegevens onder invloed van beleidswijzingen en dergelijke. Dit vergt slechts een kleine aanpassing van het te schatten model. Wij nemen dan aan dat na de be-

leidswijziging een andere constante term in formule (1) geldt. Die aanpak is gevolgd in hoofdstuk 8 bij de analyse van trends in de kosten van geneesmiddelen. Vanaf 2004 geldt dan een andere constante term om rekening te houden met de pakketwijziging en de effecten van het geneesmiddelenconvenant.

3 VERZEKERDEN EN DE NO-CLAIMTERUGGAVEREGLING

3.1 Inleiding

Kennis van de no-claimteruggaveregling bij verzekerden (en eventueel hun behandelaars) is - naast informatie over hun zorgkosten - belangrijk om de met de regeling beoogde gedragseffecten te bereiken:

- verzekerden moeten op de hoogte zijn van het bestaan van de no-claimteruggaaf;
- verzekerden moeten globaal weten welke verstrekkingen wel en welke niet meetellen voor de no-claimteruggaaf;
- verzekerden moeten inzicht hebben in hun zorgkosten.

In samenwerking met NIVEL hebben wij over een aantal aspecten van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico in april 2006 een aantal vragen aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg toegevoegd.³ Dan zijn de (voormalige) ziekenfondsverzekerden net op de hoogte gesteld van hun voorlopige no-claimteruggaaf. Vragen over de no-claimteruggaveregling in 2005 zijn uitsluitend voorgelegd aan ziekenfondsverzekerden. De overige vragen richten zich op alle verzekerden. Het Consumentenpanel Gezondheidszorg wordt uitgevoerd door NIVEL en heeft in april 2005 al eerder aandacht geschonken aan de no-claimteruggaveregling (Van der Schee en Delnoij 2005).

Voor de duiding van de resultaten maken wij gebruik van achtergrondinformatie over de deelnemers van het panel; bijvoorbeeld over de verzekeringsvorm (ziekenfonds versus particulier) en de regio. Met deze informatie kunnen wij onder meer vaststellen bij welke groepen verzekerden de kennis van de no-claimteruggaveregling of het vrijwillig eigen risico tekortschiet. Dit is een relevante aanvulling op de meer globale analyse van de bekendheid met de inhoud van de regelingen. In de gevallen waarin wij in de tekst uitspraken doen over verschillen tussen categorieën verzekerden, hebben wij deze steeds getoetst op statistische significantie (5%).

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Paragraaf 3.2 geeft informatie over de respons en de regionale representativiteit van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Paragraaf 3.3 gaat in op de informatie(bronnen) en de kennis van verzekerden omtrent de no-claimteruggaveregling en het

³ Zie voor algemene informatie over dit panel: www.nivel.nl/consumentenpanel/.

vrijwillig eigen risico. In paragraaf 3.4 komen de door de verzekerde verwachte effecten van de no-claimteruggaaf aan de orde. Paragraaf 3.5 behandelt de gerealiseerde effecten van de no-claimteruggaveregeling over 2005. Het vrijwillig eigen risico wordt in paragraaf 3.6 behandeld. Paragraaf 3.7 vat de belangrijkste resultaten van het hoofdstuk samen.

3.2 Respons en regionale representativiteit

In totaal hebben 1.198 personen in april 2006 deelgenomen aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg. De respons bedraagt 79% (1.512 enquêtes verstuurd en 1.198 retour). Van 1.198 respondenten hebben er 24 geen postcode opgegeven. Deze respondenten blijven verder buiten de analyses. Ruim 60% van de deelnemers aan het panel was in 2005 ziekenfondsverzekerd. De overige deelnemers waren particulier of publiekrechtelijk verzekerd (zie tabel 3.1) en worden verder aangeduid als *particulier* verzekerd. Deze verhoudingen komen redelijk goed overeen met landelijke cijfers. Ziekenfondsverzekerden zijn licht ondervertegenwoordigd.

Tabel 3.1: *Respondenten van het Consumentenpanel naar verzekeringsvorm in 2005*

Verzekeringsvorm in 2005	Aandeel (in %)
Ziekenfonds	60,7
Particulier (inclusief publiekrechtelijk)	39,3

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Tabel 3.2 geeft inzicht in de regionale representativiteit van het Consumentenpanel. De eerste kolom bevat de regionale verdeling van de respons, terwijl de tweede kolom de regionale verdeling van het aantal huishoudens toont. Een vergelijking van de eerste en de tweede kolom biedt zicht op de regionale representativiteit van het Consumentenpanel. Huishoudens wonend in (zeer) sterk stedelijke postcodegebieden, achterstandswijken en in de vier grote steden (G4) zijn in het panel ondervertegenwoordigd. Huishoudens wonend in de zuidelijke provincies, en weinig stedelijke en niet-stedelijke postcodegebieden zijn relatief oververtegenwoordigd. De verschillen zijn echter niet extreem. De regionale representativiteit van de enquête is naar onze mening voldoende voor de beoogde analyses. Wij zien daarom af van een regionale herweging van de respondenten.

Tabel 3.2: *Regionale representativiteit van het Consumentenpanel*

	Verdeling respons (in %)	Verdeling huishoudens (in %)
<i>Landsdeel</i>		
Noord	11,9	10,4
Oost	21,5	20,0
West	40,3	48,3
Zuid	26,4	21,2
<i>Stedelijkheid postcode</i>		
Zeer sterk stedelijk	12,1	22,8
Sterk stedelijk	21,7	24,3
Matig stedelijk	20,5	18,7
Weinig stedelijk	22,2	18,1
Niet stedelijk	23,5	16,1
Achterstandswijk	1,9	6,4
Overige wijken	98,1	93,6
G4 ^b	7,8	21,9
G27 ^c	17,9	15,4
Overige gemeenten	74,4	62,7
Totaal	100,0	100,0

a Gedefinieerd op basis van de omgevingsadressendichtheid van de viercijferige postcodegebieden.

b Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht.

c Overige gemeenten die deelnemen aan het Grotestedenbeleid.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

3.3 Informatie en kennis bij verzekerden

Voor een effectieve werking van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillige eigen risico is het wenselijk dat verzekerden beschikken over voldoende kennis van beide regelingen. Het overgrote deel van de verzekerden in het panel is bekend met het bestaan van de no-claimteruggaveregeling (zie tabel 3.3). Vergeleken met het Consumentenpanel Gezondheidszorg uit april 2005 (Van der Schee en Delnoij 2005) zijn verzekerden in april 2006 beter op de hoogte met het bestaan van de no-claimteruggaaf. De bekendheid met het bestaan van het vrijwillig eigen risico is iets geringer dan met de no-claimteruggaveregeling. Dat is niet verwonderlijk. Ten eerste bieden niet alle zorgverzekeraars een vrijwillig eigen risico aan. Ten tweede is het vrijwillig eigen risico in de basisverzekering van recente datum.

Tabel 3.3: *Bekendheid van verzekerden met de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

Bekendheid	Verzekerden (in %)
Bekend met no-claimteruggaveregeling	89,1
Bekend met vrijwillig eigen risico	78,2

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

De meeste verzekerden hebben informatie over de no-claimteruggaveregeling ontvangen via hun zorgverzekeraar. Ook noemen zij vaak het ministerie van VWS als informatiebron (zie tabel 3.4).

Tabel 3.4: *Informatiebronnen over de no-claimteruggaveregeling^a*

Informatiebron	Verzekerden (in %)
Zorgverzekeraar	67,1
Ministerie van VWS	54,7
Consumentenpanel	10,7

a Meer antwoorden zijn mogelijk.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Om de kennis van verzekerden te onderzoeken, hebben wij een aantal stellingen aan hen voorgelegd.⁴ Verzekerden kunnen aangeven of de stellingen juist of onjuist zijn:

- Als ik een eigen risico heb en gebruik maak van medische zorg, dan moet de verzekeraar eerst de € 255 van mijn no-claimteruggaaf aanspreken en dan pas het eigen risico.
- De no-claimteruggaveregeling geldt alleen voor het basispakket en dus niet voor eventuele aanvullende verzekeringen.

Een ruime meerderheid van de verzekerden weet dat zorgkosten eerst afgaan van de no-claimteruggaaf en pas daarna van het eigen risico (zie tabel 3.5). Ook weet circa 51% van de verzekerden dat de no-claimteruggaveregeling alleen geldt voor de basisverzekering. Circa 30% van de verzekerden heeft beide stellingen goed. Dat is op zich een matige score. Daarbij moet echter worden aangetekend dat het leeuwendeel van de verzekerden geen vrijwillig eigen risico heeft gekozen (zie paragrafen 3.6 en 5.5), terwijl het vrijwillig eigen risico bovendien van recente datum is. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico scoren op beide stellingen overigens niet duidelijk beter dan de totale populatie verzekerden.

⁴ In de presentatie laten wij één stelling weg, omdat die bij nader inzien voor meer dan één uitleg vatbaar is.

Tabel 3.5: *Correcte antwoorden op de stellingen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

Stellingen	Alle verzekerden (in %)	Verzekerden met een vrijwillig risico (in %)
Zorgkosten gaan eerst af van no-claimteruggaaf en dan van eigen risico	59,5	50,0
No-claimteruggaaf geldt alleen voor basisverzekering	50,8	59,7
Verzekerden met beide stellingen goed beantwoord	29,9	30,8

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Verzekerden die vorig jaar ziekenfondsverzekerd waren, hebben al een jaar kennis kunnen maken met de no-claimteruggaveregeling. Het ligt in de lijn van de verwachtingen dat zij beide stellingen vaker correct beantwoorden. Tabel 3.6 geeft aan dat dit nauwelijks het geval is. De (voormalig) ziekenfondsverzekerden weten zelfs iets minder vaak dat de no-claimteruggaveregeling alleen geldt voor het basispakket. Ziektenfondsverzekerden met een positieve no-claimteruggaaf over 2005 zijn evenmin beter op de hoogte dan de overige verzekerden.

Tabel 3.6: *Ziektenfondsverzekerden versus particulier verzekerden: correcte antwoorden op de stellingen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

	Ziektenfonds (in %)	Ziektenfonds met no-claim- teruggaaf (in %)	Particulier (in %)
Zorgkosten gaan eerst af van no-claimteruggaaf en dan van eigen risico	61,1	60,5	55,1
No-claimteruggaaf geldt alleen voor basisverzekering	45,6	47,5	59,3
Verzekerden met beide stellingen goed	27,7	28,7	32,2

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

We hebben de kennis van de verzekerden verder getest door hen te vragen aan te geven of de no-claimteruggaveregeling dan wel het eigen risico geldt voor zeven verstrekkingen (zie tabel 3.7)⁵. Het betreft:

⁵ De vraag of een verstrekking meetelt voor de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico, is in eerste instantie wegens technische problemen bij de uitvoering van de schriftelijke enquête niet gesteld. Een deel van de respondenten (481) heeft later deze vraag alsnog via internet beantwoord.

- zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar;
- consult van een huisarts;
- spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis;
- zittend ziekenvervoer;
- medicijnen op recept;
- laboratoriumonderzoeken;
- medisch specialist.

Bij de no-claimteruggaveregeling weet steeds meer dan de helft van de verzekerden of een verstrekking wel of niet meetelt voor de teruggaaf. De score van de goede antwoorden varieert beperkt: van 54,5% (zittend ziekenvervoer) tot 62,6% (medicijnen op recept). In totaal weet 27% van de verzekerden tamelijk nauwkeurig welke verstrekkingen wel of niet meetellen bij de bepaling van de no-claimteruggaaf. Deze verzekerden hebben de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf bij ten minste zes van de zeven verstrekkingen goed beoordeeld. Vergelijken met een eerdere analyse van het Consumentenpanel in april 2005 is de kennis van de no-claimteruggaveregeling niet betekenisvol toegenomen (Van der Schee en Delnoij 2005).

Tabel 3.7: *Detailkennis van de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico^a*

	No-claimteruggaaf (correct in %)		Eigen risico (correct in %)	
	Totaal	Eigen risico	Totaal	Eigen risico
Zorg voor kinderen tot 18 jaar	55,6	52,9	52,3	52,9
Consult van een huisarts	57,6	70,6	53,0	70,6
Spoedeisende eerste hulp	57,8	52,9	41,7	41,2
Zittend ziekenvervoer	54,5	41,2	44,7	52,9
Medicijnen op recept	62,6	47,1	37,4	50,0
Laboratoriumonderzoeken	60,4	52,9	39,9	38,2
Medisch specialist	59,8	61,7	40,4	32,4
Maximaal één verstrekking fout	26,7	23,5	11,9	17,6

a Exclusief verzekerden van één zorgverzekeraar met een afwijkende regeling voor het eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Verzekerden met een vrijwillig eigen risico weten niet beter dan de totale populatie of verstrekkingen wel of niet meetellen voor het vrijwillig eigen risico. De enige duidelijke uitzondering vormt het consult van een huisarts: 71% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico weet dat het consult van een huisarts niet meetelt voor de no-claimteruggaaf. Dezelfde

verzekerden weten ook dat een consult van een huisarts ten koste gaat van het vrijwillig eigen risico.

Bij het vrijwillig eigen risico is de kennis van de werkingssfeer van de regeling over de hele linie lager. Minder dan 40% van de verzekerden weet bijvoorbeeld dat medicijnen op recept meetellen voor het vrijwillig eigen risico. Gemiddeld weet 12% van alle verzekerden redelijk nauwkeurig aan te geven welke verstrekkingen onder het vrijwillig eigen risico vallen. Gezien het zeer beperkte aantal verzekerden dat voor vrijwillig eigen risico heeft gekozen, is het niet verwonderlijk dat verzekerden minder goed op de hoogte zijn van de werkingssfeer van het vrijwillig eigen risico. Verzekerden met een vrijwillig eigen risico scoren overigens op dit punt niet substantieel beter.

Tabel 3.8 brengt in beeld hoe de verschillende categorieën verzekerden scoren op hun totale kennis van respectievelijk de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico. Voormalig ziekenfondsverzekerden scoren qua kennis van de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf beter dan de voormalig particulier en publiekrechtelijk verzekerden. Er bestaat op dit punt echter geen significant verschil tussen ziekenfondsverzekerden met een positieve no-claimteruggaaf en de overige ziekenfondsverzekerden. Voormalig particulier verzekerden zijn beter op de hoogte over de grondslag van het vrijwillig eigen risico dan voormalig ziekenfondsverzekerden, maar ook hun kennis behoeft verbetering.

Tabel 3.8: *Detailkennis van de werkingssfeer van de no-claimteruggave-regeling en het vrijwillig eigen risico bij verschillende categorieën verzekerden^a*

Type verzekerde	Detailkennis no-claimteruggaaf (in %)	Detailkennis eigen risico (in %)
Ziekenfonds	30,7	6,0
Ziekenfonds met een no-claimteruggaaf over 2005	30,1	5,3
Particulier (inclusief publiekrechtelijk)	21,7	16,5
Verzekerden met een vrijwillig eigen risico	25,0	17,7
Totaal	26,7	11,9

a Detailkennis houdt in: maximaal één verstrekking fout ingedeeld. Exclusief verzekerden van één zorgverzekeraar met een afwijkende regeling hebben voor het eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

De verschillen in kennis tussen de verzekerden vertonen deels een regionaal patroon. Tabel 3.9 illustreert dit. Verzekerden uit sterk stedelijke gebieden en de vier grote steden zijn relatief beter geïnformeerd over de no-claimteruggaveregeling.⁶ Verzekerden uit de oostelijke provincies zijn relatief iets minder slecht geïnformeerd over het vrijwillig eigen risico. De verschillen zijn echter beperkt.

Tabel 3.9: *Regionale verschillen in detailkennis van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico^a*

	Detailkennis no-claimteruggaaf (in %)	Detailkennis eigen risico (in %) ^b
<i>Landsdeel</i>		
Noord	29,5	2,7
Oost	16,5	13,6
West	31,9	10,9
Zuid	24,3	15,8
<i>Stedelijkheid postcode</i>		
Zeer sterk stedelijk	35,8	15,7
Sterk stedelijk	26,3	12,0
Matig stedelijk	26,1	12,6
Weinig stedelijk	20,2	13,6
Niet stedelijk	28,8	6,6
Achterstandswijk	50,0	0,0
Overige wijken	26,5	12,0
G4	41,4	17,9
G27	25,7	8,5
Overige gemeenten	25,6	12,1
Totaal	26,7	11,9

a Detailkennis is maximaal één verstrekking fout ingedeeld.

b Exclusief verzekerden van één zorgverzekeraar met een afwijkende regeling voor het vrijwillig eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

⁶ Verzekerden uit achterstandswijken scoren ook hoog qua kennis van de no-claimteruggaveregeling, maar gezien de te beperkte omvang van deze groep in het panel kunnen hier geen conclusies aan worden verbonden.

3.4 Verwachte gedragseffecten

Verzekerden hebben uiteenlopende meningen over de verwachte gedragseffecten van de no-claimteruggaveregeling. Ongeveer een derde van de verzekerden denkt dat anderen minder gebruik zullen maken van zorg door de no-claimteruggaveregeling (zie tabel 3.10). Over zichzelf geven ze aan dat ze nauwelijks zorgvuldiger bij zich zelf nagaan of ze daadwerkelijk zorg nodig hebben. Slechts 17% van de verzekerden geeft aan dat zij zorgvuldiger gebruik maken van zorg onder invloed van de no-claimteruggaveregeling. Daarnaast geven verzekerden aan nauwelijks bewuster te zijn geworden van de kosten van medische zorg.

Tabel 3.10: *Verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling*

Effect van no-claimteruggaveregeling	Eens (%)	Neutraal (%)	Oneens (%)
Anderen maken minder gebruik van medische zorg	36,8	34,2	29,0
Zorgvuldiger gebruik van zorg	17,6	19,3	63,0
Bewuster van zorgkosten	30,4	21,8	47,8

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

De mening van verzekerden over het verwachte effect van de no-claimteruggaaf verschilt naarmate de verzekerden zelf verwachten zorg te gaan gebruiken in 2006. Verzekerden die verwachten zelf weinig zorg nodig te hebben, zijn vaker van mening dat de no-claimteruggaveregeling het zorggebruik afremt dan verzekerden die verwachten zelf veel zorg nodig te hebben in 2006 (zie tabel 3.11).

Tabel 3.11: *Verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling*

Verwachte hoeveelheid zorg 2006	Anderen maken minder gebruik van zorg		
	Eens (in %)	Neutraal (in %)	Oneens (in %)
Weinig	42,3	31,6	26,1
Gemiddeld	36,9	36,1	27,0
Veel	29,2	33,3	37,4

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

3.5 Gerealiseerde effecten over 2005

3.5.1 Uitkering van de no-claimteruggaaf en uitvoering van de regeling

Aan verzekerden die in 2005 ziekenfondsverzekerd waren, hebben wij gevraagd of zij een no-claimteruggaaf over 2005 hebben ontvangen. Tabel 3.12 onthult dat 48% van de voormalig ziekenfondsverzekerden in het Consumentenpanel Gezondheidszorg de no-claimteruggaaf geheel of gedeeltelijk heeft uitgekeerd gekregen. Dat is ongeveer 5 procentpunt *lager* dan het nationale cijfer (zie paragraaf 5.3). De uitkering van de no-claimteruggaaf is in het algemeen redelijk soepel verlopen. Er zijn relatief weinig verzekerden (2,5%) die zelf actie hebben moeten ondernemen of die problemen hebben ondervonden met de uitbetaling van de no-claimteruggaaf. Dit is een redelijke score voor de eerste keer.

Tabel 3.12: *Voorlopige no-claimteruggaaf van ziekenfondsverzekerden over 2005*

	Ziekenfonds- verzekerden (%)
Voorlopige no-claimteruggaaf ontvangen	47,9
Problemen ondervonden met uitbetaling no-claimteruggaaf	3,1
Zelf actie ondernomen om no-claimteruggaaf te krijgen	2,5
Gemiddelde no-claimteruggaaf (in euro's)	
- Per verzekerde met een positieve no-claimteruggaaf	193
- Per verzekerde van 18 jaar en ouder	92

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

De voorlopige no-claimteruggaaf per ziekenfondsverzekerde met een positieve teruggaaf in het Consumentenpanel Gezondheidszorg is circa € 5 hoger dan op basis van de nationale cijfers (zie paragraaf 5.3): ziekenfondsverzekerden met een positieve *voorlopige* no-claimteruggaaf hebben volgens het Consumentenpanel over 2005 gemiddeld € 193 terug ontvangen. Dat correspondeert met een gemiddelde no-claimteruggaaf van circa € 92 per ziekenfondsverzekerde van 18 en ouder (tegen € 99 op basis van de nationale cijfers).

3.5.2 Effecten van de no-claimteruggaaf

De no-claimteruggaveregeling heeft beperkt gevolg gehad op de keuze om gebruik te maken van medische zorg. Slechts een klein deel van de ziekenfondsverzekerden zegt minder zorg te hebben gebruikt onder invloed van de no-claimteruggaveregeling. Dat geldt zelfs ook voor de ziekenfondsverzekerden die een (positieve) no-claimteruggaaf hebben ontvangen. Deze verzekerden geven aan dat de no-claimteruggaaf beperkt heeft meegespeeld bij de keuze om al dan niet zorg te gebruiken (zie tabel 3.13).

Tabel 3.13: *Door ziekenfondsverzekerden gerapporteerde effecten van de no-claimteruggaaf op het zorggebruik, 2005^a*

	Minder zorggebruik door de no-claimteruggaaf (%)
Alle ziekenfondsverzekerden	2,6
Ziekendfondsverzekerden met een no-claimteruggaaf	4,5

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Dit resultaat spoort in grote lijnen met de bescheiden inschatting van de remgeldeffecten van het ministerie van VWS over 2005 (ruwweg 1% van de relevante zorgkosten). Verwacht mag worden dat de gedragseffecten van de no-claimteruggaaf in 2006 iets worden versterkt, doordat ziekenverzekerden bij de uitkering van de voorlopige no-claimteruggaaf dit jaar voor de eerste keer zijn geconfronteerd met hun gerealiseerde zorgkosten. Ziekendfondsverzekerden die minder zorg hebben gebruikt door de no-claimteruggaveregeling zeggen vooral dat ze minder naar de medisch specialist en de huisarts zijn gegaan.

3.6 Vrijwillig eigen risico in 2006

Wij hebben de verzekerden in het Consumentenpanel Gezondheidszorg gevraagd of zij in 2006 een vrijwillig eigen risico hebben gekozen. Tabel 3.14 geeft aan dat 8% van de verzekerden in het Consumentenpanel Gezondheidszorg hiervoor heeft gekozen. Dit ligt hoger dan het landelijke gemiddelde van 5% (zie paragraaf 5.5 en Vektis 2006). Verzekerden kiezen vooral voor een eigen risico, omdat zij weinig medische zorg gebruiken. Verzekerden met een eigen risico hebben in het Consumentenpanel gemiddeld voor een eigen risico van € 253 gekozen.

Tabel 3.14: *Reden om wel of niet te kiezen voor een eigen risico*

	Verzekerden (%)
Eigen risico	8,1
<i>Reden keuze eigen risico^a</i>	
- Premiekorting aantrekkelijk	43,4
- Maak weinig gebruik van zorg	56,5
- Oude particuliere verzekering ook een eigen risico	41,3
Gemiddeld bedrag eigen risico (in euro's)	253
Geen eigen risico	91,9
<i>Reden keuze geen eigen risico^a</i>	
- Loop al risico door no-claimteruggaveregeling	14,5
- Korting premie onvoldoende	29,8
- Hoge medische kosten	20,6
- Wil me geen zorgen maken over zorgkosten	59,0
- Geen aanbod zorgverzekeraar	7,2

a Meer antwoorden zijn mogelijk. De antwoorden zijn respectievelijk uitgedrukt als percentage van de verzekerden met dan wel zonder vrijwillig eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Van de verzekerden heeft bijna 92% in 2006 geen vrijwillig eigen risico gekozen. Bijna 60% van de verzekerden geeft aan dat ze zich liever geen zorgen maken over zorgkosten als ze die nodig hebben. Van deze verzekerden is 30% van mening dat de premiekorting te laag is om het risico aan te gaan.

Tabel 3.15 toont de verdeling van de hoogte van het vrijwillig eigen risico in het Consumentenpanel. De meeste verzekerden met een vrijwillig eigen risico kiezen voor een relatief klein eigen risico. In het Consumentenpanel heeft 63% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor een eigen risico gekozen van maximaal € 200. Ruim 20% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico heeft een eigen risico van € 500 genomen. Dit laatste percentage is lager dan de resultaten van Vektis (2006) op basis van de cijfers van de zorgverzekeraars. Vektis geeft aan dat 31% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico heeft gekozen voor een eigen risico van € 500. Verzekerden in het Consumentenpanel kiezen vaker voor een vrijwillig eigen risico dan het landelijk gemiddelde, maar nemen ook een kleiner eigen risico.

Tabel 3.15: *Gekozen hoogte van het vrijwillig eigen risico*

Hoogte vrijwillig eigen risico	Verzekerden met vrijwillig eigen risico (in %) ^a
€ 100	31,1
€ 200	32,2
€ 300	11,1
€ 400	3,3
€ 500	22,2

a 8,1% van de geënquêteerde verzekerden heeft een eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

3.7 Conclusies

Het hoofdstuk behandelt de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico vanuit het perspectief van de verzekerde. De belangrijkste bevindingen zijn:

- De meeste verzekerden zijn op de hoogte van het bestaan van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico. Verzekerden zijn in het algemeen echter beperkt op de hoogte van de details van de no-claimteruggaveregeling, en nog beperkter van het vrijwillig eigen risico.
- Verzekerden verschillen van mening over de effecten van de no-claimteruggaaf op het zorggebruik van anderen. Circa 37% denkt dat anderen minder gebruik van zorg maken, maar 29% is het hiermee oneens. Vooral verzekerden die zelf verwachten weinig zorg in 2006 te gebruiken, denken dat no-claimteruggaaf het zorggebruik van anderen afremt.
- Ruim 30% van de verzekerden geeft aan bewuster van de zorgkosten te worden door de no-claimteruggaaf en 18% geeft aan zorgvuldiger na te gaan of de zorg noodzakelijk is. Dat laat onverlet dat slechts 2,6% van de ziekenfondsverzekerden door de no-claimteruggaaf minder zorg heeft gebruikt. Dit spoort in grote lijnen met de bescheiden inschatting van de remgeldeffecten over 2005 door het ministerie van VWS (circa 1% van de relevante zorgkosten).
- De uitkering van de no-claimteruggaaf over 2005 is voor ziekenfondsverzekerden in het algemeen vrijwel zonder problemen verlopen. Circa 3% van de ziekenfondsverzekerden heeft hierbij problemen ondervonden. Dat is een redelijke score voor de eerste keer.
- Bijna de helft van de ziekenfondsverzekerden in het Consumentenpanel heeft over 2005 een gehele of gedeeltelijke voorlopige no-claimteruggaaf ontvangen. Dat is iets minder dan volgens de landelijke cijfers

Gemiddeld hebben deze verzekerden € 193 terugontvangen van hun zorgverzekeraar.

- Verzekerden in het Consumentenpanel kiezen slechts beperkt voor een vrijwillig eigen risico (8%), maar niettemin vaker dan het landelijk gemiddelde. De belangrijkste reden om geen eigen risico te kiezen, is dat zij zich geen zorgen willen maken over de zorgkosten. Bij verzekerden met een eigen risico blijft de hoogte in de meeste gevallen beperkt tot € 100 à € 200.

4 HUISARTSEN EN DE NO-CLAIMTERUGGAVEREDELING

4.1 Inleiding

De huisarts heeft als poortwachter een belangrijke rol bij de toegang tot de zorg. Door hun behandel-, verwijs- en voorschrijfgedrag beïnvloeden zij mede de zorgconsumptie van verzekerden en daarmee ook de remmende werking van de no-claimteruggaaf of het in de Zorgverzekeringswet ingevoerde vrijwillig eigen risico. Niet alleen verzekerden, maar ook huisartsen moeten over voldoende kennis en informatie over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico beschikken om verzekerden te helpen bij hun keuzes over het zorggebruik. Huisartsen moeten op de hoogte zijn van het bestaan van de no-claimteruggaaf en het vrijwillige eigen risico. Zij moeten daarnaast weten welke (duurdere) verstrekkingen wel en welke niet onder de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillige eigen risico vallen. Anders kunnen zij in hun behandel-, verwijs- en voorschrijfgedrag geen rekening houden met de financiële consequenties voor de verzekerden en treden de beoogde gedragseffecten van de regelingen niet of maar beperkt op.

In het voorliggende hoofdstuk bespreken wij de resultaten van een schriftelijke enquête over de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico die wij recent onder praktiserende huisartsen hebben uitgevoerd. Het hoofdstuk heeft de volgende indeling. Paragraaf 4.2 gaat in op de respons en de regionale representativiteit van de enquête. In paragraaf 4.3 komt de kennis van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico bij huisartsen aan de orde. Paragraaf 4.4 beschrijft de verwachte gedragseffecten bij hun cliënten en de invloed op hun behandelgedrag. In paragraaf 4.5 worden de vragen en opmerkingen van hun cliënten behandeld. Paragraaf 4.6 vat de belangrijkste bevindingen van het hoofdstuk samen.

4.2 Respons en regionale representativiteit

4.2.1 Respons

De enquête berust op een steekproef onder 500 huisartsen. NIVEL heeft de steekproeftrekking uitgevoerd. Bij de trekking van de steekproef heeft NI-

VEL rekening gehouden met de representativiteit naar regio en stedelijkheid. De geselecteerde huisartsen hebben in de laatste week van februari 2006 een schriftelijke enquête over de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico ontvangen. Medio maart heeft nog een rappelronde plaatsgevonden. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de respons op de enquête.

Tabel 4.1: *Overzicht steekproef en respons huisartsenenquête*

	Aantal	Aandeel (in %)
Steekproef	500	
Uitval	13	2,6
Totaal benaderde adressen	487	
Non-respons	332	68,2
Onbruikbare enquêteformulieren	4	0,8
Effectieve respons	151	31,0

Bron: APE

Van 500 geselecteerde huisartsen kunnen er 13 (2,6%) niet worden bereikt doordat het adres onbekend is, de huisarts niet langer werkzaam is op dit adres of dat de huisarts (momenteel) niet praktiserend is. Dat betekent dat wij in totaal 487 huisartsen hebben benaderd voor de enquête. Na een rappelronde hebben wij van 155 huisartsen een enquêteformulier retour ontvangen, waarvan 151 bruikbaar zijn. Daarmee komt de effectieve respons op 31%.

4.2.2 Regionale representativiteit

Tabel 4.2 toont de regionale representativiteit naar landsdeel, stedelijkheid, achterstandswijk en deelname aan het grotestedenbeleid. De eerste kolom geeft de respons weer als percentage van het aantal benaderde huisartsen. In de tweede en derde kolom bekijken wij de dekking ten opzichte van de totale praktiserende huisartsenpopulatie. Kolom twee geeft de verhouding tussen het aantal huisartsen in de steekproef en de totale huisartsenpopulatie (steekproefpercentage), terwijl kolom 3 de verhouding tussen het aantal reagerende huisartsen en de totale huisartsenpopulatie in beeld brengt. Uitspraken die wij in de tekst doen over verschillen in antwoorden tussen categorieën huisartsen zijn getoetst op statistische significantie (5%).

Tabel 4.2: Regionale representativiteit huisartsenenquête

	Respons t.o.v. steekproef ^a (in %)	Steekproef t.o.v. totale populatie (in %)	Dekking t.o.v. totale populatie (in %)
<i>Landsdeel</i>			
Noord	34,7	5,5	1,9
Oost	29,1	6,3	1,8
West	28,5	6,3	1,8
Zuid	32,6	5,3	1,7
<i>Stedelijkheid postcode</i>			
Zeer sterk stedelijk	28,2	6,8	1,9
Sterk stedelijk	28,3	5,5	1,6
Matig stedelijk	24,5	6,0	1,5
Weinig stedelijk	36,6	6,2	2,3
Niet stedelijk	33,3	5,4	1,8
Achterstandswijk	33,3	5,9	2,0
Overige wijken	29,8	6,0	1,8
G4	26,0	6,5	1,7
G27	38,0	5,5	2,1
Overige gemeenten	30,1	6,0	1,8
Totaal	30,0	6,0	1,8

a Respons ten opzichte van de totale steekproef (N=500)

Bron: APE

De respons op de enquête (zie de eerste kolom) in de steekproef is iets lager dan gemiddeld in de meer stedelijke postcodegebieden en de vier grote steden (G4). De respons is echter iets beter dan gemiddeld in achterstandswijken en de G27. Ten opzichte van de totale huisartsenpopulatie is de dekking (zie de derde kolom) beter dan gemiddeld in de minder stedelijke gebieden en in de achterstandswijken. De verschillen zijn echter relatief beperkt. De regionale representativiteit van de enquête is naar onze mening voldoende. Een regionale herweging van de resultaten kan achterwege blijven.

4.3 Kennis van de no-claimteruggaaf en het eigen risico

Kennis van de huisarts over de werkingssfeer van de no-claimteruggave-regeling en het vrijwillig eigen risico is van groot belang voor de gedragseffecten van beide regelingen. Als huisartsen in het belang van hun verze-

kerden rekening willen houden met de financiële effecten van beide regelingen, moeten zij globaal weten welke verstrekkingen wel of niet onder de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillig eigen risico vallen. Anders kunnen zij hun cliënten niet goed informeren. Om de kennis van huisartsen in kaart te brengen, hebben wij huisartsen gevraagd om aan te geven of de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico wel of niet geldt voor zeven verstrekkingen. Het betreft:

- zorg voor kinderen tot 18 jaar;
- zittend ziekenvervoer;
- geneesmiddelen op recept;
- verloskundige zorg en kraamzorg;
- specialistische hulp;
- laboratoriumonderzoeken;
- hulpmiddelen.

Als huisartsen niet meer dan één fout maken bij de beantwoording van deze vragen over de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf of het eigen risico zeggen wij dat de huisarts beschikt over detailkennis. Tabel 4.3 brengt de kennis van geënquêteerde huisartsen over respectievelijk de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico in beeld.

Tabel 4.3: Huisartsen met adequate kennis van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico^a

	No-claimteruggaaf (correct in %)	Eigen risico (correct in %)
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	87,8	63,3
Zittend ziekenvervoer	55,4	64,6
Geneesmiddelen op recept	83,2	82,0
Laboratoriumonderzoeken	81,7	83,6
Specialistische hulp	89,3	89,1
Verloskundige zorg en kraamzorg	72,5	61,7
Hulpmiddelen	67,9	80,5
Detailkennis ^a	55,7	58,6

a Maximaal één verstrekking fout ingedeeld.

Bron: APE

Tabel 4.3 geeft aan dat huisartsen in het algemeen redelijk goed weten of een verstrekking meetelt voor de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling scoren de huisartsen relatief slecht op hun kennis van het zittend ziekenvervoer, de hulpmiddelen, en de verloskundige zorg en kraamzorg. Ruim de helft van huisartsen beschikt over gedetailleerde kennis van de no-claimteruggaveregeling of het eigen risi-

co: 55,7% van de huisartsen weet op welke verstrekkingen de no-claimteruggaaf van toepassing is, terwijl het overeenkomstige percentage voor het eigen risico 58,7% bedraagt. Dit beeld spoort met een eerdere evaluatie van de algemene eigenbijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden (NIVEL 1998). Ook toen bleek dat huisartsen wel bekend zijn met de globale aspecten van de regeling, maar niet altijd precies wisten op welke verstrekkingen de regeling betrekking heeft.

De verschillen in kennis tussen de huisartsen vertonen een regionaal patroon. Tabel 4.4 illustreert dit. Vooral in de drie noordelijke provincies en de niet-stedelijke postcodegebieden zijn huisartsen aanzienlijk slechter op de hoogte van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico dan in de rest van het land. De achtergrond hiervan is onduidelijk. Op alle onderdelen van deze vraag blijken de huisartsen in het noorden gemiddeld slechter te antwoorden dan in de rest van het land.

Tabel 4.4: *Regionale verschillen in kennis van de huisarts over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

	Adequate kennis van no-claimteruggaaf (in %)	Adequate kennis van eigen risico (in %)
<i>Landsdeel</i>		
Noord	33,3	38,5
Oost	60,0	66,7
West	58,1	63,9
Zuid	55,6	48,1
<i>Stedelijkheid postcode</i>		
Zeer sterk stedelijk	69,2	76,0
Sterk stedelijk	61,9	57,1
Matig stedelijk	46,9	46,7
Weinig stedelijk	50,0	54,5
Niet stedelijk	33,3	38,5
Achterstandswijk	57,1	57,1
Overige wijken	55,6	58,7
G4	60,0	53,3
G27	62,1	57,1
Overige gemeenten	52,8	60,0
Totaal	55,7	58,6

Bron: APE

4.4 Effecten en invloed op behandelgedrag

De huisartsen hebben een duidelijke mening over het effect van de no-claimteruggaveregeling. Slechts een klein deel van de huisartsen geeft aan dat de no-claimteruggaveregeling selectief remt. De meerderheid van de huisartsen (69%) denkt dat de no-claimteruggaaf niet remt (zie tabel 4.5). Daarentegen is bijna 24% van de huisartsen van mening dat de no-claimteruggaveregeling tot uitstel of afstel leidt van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen.

Tabel 4.5: *Verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling*

Effect van no-claimteruggaveregeling	Huisartsen (%)
Remt selectief	6,9
Remt niet	69,4
Leidt tot ongewenst uitstel of afstel van zorg	23,6

Bron: APE

Huisartsen verschillen regionaal van mening over het verwachte effect van de no-claimteruggaveregeling (zie tabel 4.6).

Tabel 4.6: *Regionale verschillen in de effecten van de no-claimteruggaaf*

	Remt selectief (in %)	Remt niet (in %)	Leidt tot ongewenst uitstel of afstel (in %)
<i>Landsdeel</i>			
Noord	5,6	72,2	22,2
Oost	3,2	74,2	22,6
West	10,3	69,1	20,6
Zuid	3,7	63,0	33,3
<i>Stedelijkheid postcode</i>			
Zeer sterk stedelijk	9,4	68,8	21,9
Sterk stedelijk	13,8	65,5	20,7
Matig stedelijk	0,0	73,9	26,1
Weinig stedelijk	8,6	68,6	22,9
Niet stedelijk	0,0	72,0	28,0
Achterstandswijk	22,2	66,7	11,1
Overige wijken	5,9	69,6	24,4
G4	12,5	62,5	25,0
G27	6,3	62,5	31,3
Overige gemeenten	6,3	72,9	20,8
Totaal	6,9	69,4	23,6

Bron: APE

In achterstandswijken, stedelijke postcodegebieden, de vier grote steden en het westen van het land zijn huisartsen iets vaker van mening dat de no-claimteruggaveregeling selectief remt. Dat houdt vermoedelijk mede verband met de welstandspositie van hun cliënten. Deze huisartsen zijn niet vaker dan gemiddeld beducht dat de no-claimteruggaaf tot een ongewenst uitstel of afstel van zorg leidt.

Hoewel bijna 24% van de huisartsen aangeeft dat de no-claimteruggaveregeling tot een ongewenst uitstel of afstel van zorg leidt, zien wij dit effect niet terug in een groter beroep op de huisartsenzorg, die is vrijgesteld van de no-claimteruggaveregeling. De meerderheid van de huisartsen (ruim 80%) geeft aan dat de no-claimteruggaveregeling geen effect heeft op het aantal consulten. Slechts een kleine minderheid (6%) verwacht meer consulten door de no-claimteruggaveregeling, terwijl iets groter deel van de huisartsen (12%) juist minder consulten verwacht (zie tabel 4.7).

Tabel 4.7: *Effecten van de no-claimteruggaaf of een eigen risico op het aantal huisartsenconsulten*

Aantal huisartsenconsulten	Huisartsen (%)	
	No-claimteruggaaf	Eigen risico
Meer consulten	6,0	1,4
Minder consulten	12,1	48,6
Geen effect	81,9	50,0

Bron: APE

De huisartsen verwachten een aanzienlijk groter effect van het vrijwillig eigen risico op het aantal consulten dan van de no-claimteruggaaf. Bijna de helft van de ondervraagde huisartsen denkt door het vrijwillig eigen risico minder consulten te verlenen. Deze uitkomst is in lijn met de gedachte dat het huisartsenconsult niet onder de no-claimteruggaveregeling valt, maar wel onder het vrijwillig eigen risico.

Circa 30% van de huisartsen geeft aan dat zij in hun behandelgedrag rekening houden met de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico (zie tabel 4.8). Dat gebeurt meestal op verzoek van hun cliënten. In achterstandswijken en de vier grote steden houden huisartsen relatief vaak op eigen initiatief rekening met de no-claimteruggaaf (niet in de tabel). In achterstandswijken en de vier grote steden houdt respectievelijk ruim 22% en 11% van de huisartsen zoveel mogelijk rekening met de no-claimteruggaveregeling tegen 6% van de huisartsen landelijk. De huisartsen in achterstandswijken en de vier grote steden zijn in algemeen ook

positiever over de effecten van de no-claimteruggaaf dan de overige huisartsen (zie tabel 4.6): zij zijn vaker van mening dat de no-claimteruggaaf selectief remt en verwachten geen ongewenst uitstel of afstel. Ongeveer 70% van de huisartsen houdt in hun behandelgedrag geen rekening met de financiële consequenties van de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico voor hun cliënten. Het in tabel 4.8 geschetste beeld is vergelijkbaar met de eerdere evaluatie van de algemene eigenbijdragemaatregel voor ziekenfondsverzekerden (NIVEL 1998).

Tabel 4.8: *Houden huisartsen rekening met de no-claimteruggaveregeling of een vrijwillig eigen risico?*

	Huisartsen (%)
Ja, zoveel mogelijk	6,0
Alleen als de patiënt er om vraagt	23,8
Nee, absoluut niet	70,2

Bron: APE

Voor de 30% van de huisartsen die aangeven dat ze soms rekening houden met de no-claimteruggaveregeling of een vrijwillig eigen risico, hebben wij in kaart gebracht hoe ze dat doen (zie tabel 4.9).

Tabel 4.9: *Handelingen waarop de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico effect hebben^a*

Handelingen	Huisartsen (%)
Verricht ik meer 'specialistische' behandelingen	36,4
Vraag ik minder snel diagnostisch onderzoek aan	20,0
Schrijf ik minder snel medicijnen voor	8,9
Schrijf ik eerder goedkopere medicijnen voor	18,6
Verwijs minder snel naar een paramedicus	34,1
Verwijs ik minder snel naar een specialist	17,8

a Alleen bij huisartsen die aangeven rekening te houden met de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillig eigen risico.

Bron: APE

Onder invloed van de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico doen huisartsen meer 'specialistische' behandelingen zelf. Ook zeggen zij minder snel naar een paramedicus te verwijzen. De no-claimteruggaaf en het eigen risico oefenen nauwelijks invloed uit op het voorschrijven van medicijnen, hoewel een deel van de huisartsen ook aangeeft te proberen om goedkopere medicijnen voor te schrijven.

4.5 Vragen en opmerkingen van cliënten

Huisartsen krijgen af en toe vragen en opmerkingen van hun cliënten over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico. In een periode van twee weken wordt circa 40% van de huisartsen geconfronteerd met vragen en opmerkingen over beide regelingen (zie tabel 4.10). Vooral in achterstandswijken, stedelijke gebieden, de vier grote steden en het westen van het land krijgen huisartsen vaker vragen en opmerkingen over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico (zie tabel 4.11).

Tabel 4.10: *Vragen en opmerkingen van cliënten over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico*

Aantal keren in de afgelopen twee weken	Huisartsen (%)
Geen	59,9
1 tot 5 keer	38,1
5 keer of meer	2,0

Bron: APE

Tabel 4.11: *Regionale verschillen in vragen en opmerkingen van cliënten over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico*

	Vragen en opmerkingen (in %)
Landsdeel	
Noord	33,3
Oost	30,3
West	47,9
Zuid	36,7
Stedelijkheid postcodegebieden	
Zeer sterk stedelijk	50,0
Sterk stedelijk	33,3
Matig stedelijk	47,8
Weinig stedelijk	32,4
Niet stedelijk	40,0
Achterstandswijk	55,6
Overige wijken	39,2
G4	55,6
G27	44,1
Overige gemeenten	26,5
Totaal	40,1

Bron: APE

Vragen van cliënten hebben vooral betrekking op onduidelijkheden of verrichtingen wel of niet meetellen voor de no-claimteruggaaf of het eigen risico (zie tabel 4.12). Verder uiten cliënten hun onvrede over de regelingen. Slechts een minderheid van de cliënten vraagt naar de kosten van een verrichting of naar goedkopere alternatieven.

Tabel 4.12: *Vragen en opmerkingen over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico^a*

Vragen	Huisartsen (%)
Valt verrichting onder no-claimteruggaveregeling of eigen risico	54,1
Wat zijn de kosten van de verrichting	9,8
Zijn er goedkopere alternatieven	18,0
Onvrede met regelingen	62,3
Samenloop no-claimteruggaveregeling en eigen risico	18,0

a Alleen voor huisartsen die aangeven dat zij de afgelopen met vragen en opmerkingen zijn geconfronteerd.

Bron: APE

4.6 Conclusies

Op basis van een schriftelijke enquête onder huisartsen hebben wij de kennis van huisartsen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eisen risico onderzocht. Daarnaast hebben wij bekeken welke effecten huisartsen van de bedoelde regelingen verwachten en in hoeverre zij zich daardoor in hun behandelgedrag direct of indirect laten beïnvloeden. Ten slotte hebben wij gezien of huisartsen met vragen van cliënten over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico worden geconfronteerd.

Het hoofdstuk leidt tot de volgende conclusies:

- Ruim de helft van de huisartsen beschikt over gedetailleerde kennis van de werkingssfeer van no-claimteruggaveregeling of het eigen risico. De overige huisartsen zijn in het algemeen op de hoogte van de globale aspecten van de regelingen.
- Bijna 70% van de huisartsen denkt dat de no-claimteruggaaf het zorggebruik niet afremt, terwijl 24% van mening is dat de regeling tot een ongewenst uitstel of afstel van noodzakelijke zorg leidt. Huisartsen in achterstandswijken, stedelijke postcodegebieden, de vier grote steden en het westen van het land denken vaker dan de overige huisartsen dat de no-claimteruggaaf het zorggebruik selectief afremt.
- Het leeuwendeel van de huisartsen verwacht *geen* effect van de no-claimteruggaaf op het aantal huisartsenconsulten. Bijna de helft van de

huisartsen verwacht echter door het vrijwillig eigen risico minder consulten te verlenen.

- Circa 30% van de huisartsen houdt in hun behandelgedrag rekening met de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico. Dat gebeurt meestal op verzoek van hun cliënten. In achterstandswijken en de vier grote steden houden huisartsen relatief vaak op eigen initiatief rekening met de no-claimteruggaaf.

5 ZORGVERZEKERAARS EN DE NO-CLAIMTERUGGAVERE- GELING

5.1 Inleiding

Voor de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling hebben wij begin mei 2006 een beknopte schriftelijke enquête onder de zorgverzekeraars gehouden; direct na de eerste teruggaaf van de no-claim over 2005. Wij hebben de schriftelijke enquête via de Bestuurscommissie Verzekeringen van Zorgverzekeraars Nederland bij alle zorgverzekeraars uitgezet. Vrijwel alle zorgverzekeraars hebben aan de schriftelijk enquête deelgenomen. Onder de (voormalige) ziekenfondsen is de respons volledig, terwijl van de overige zorgverzekeraars slechts enkele kleinere zorgverzekeraars ontbreken. Ter verdieping van de resultaten hebben wij bij drie zorgverzekeraars nog aanvullende interviews gehouden over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico.

De schriftelijke enquête bestaat uit twee delen. Het eerste deel heeft betrekking op de informatievoorziening, de uitvoering en de effecten van de no-claimteruggaveregeling in 2005. Dit deel beperkt zich uitsluitend tot de *ziekenfondsen*. Het tweede deel van de enquête richt zich op *alle* zorgverzekeraars. Dit deel van de enquête schenkt aandacht aan de samenloop van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico, en de verwachte gedragseffecten.

De enquête moet in de eerste plaats meer licht werpen op de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling. In de tweede plaats proberen wij meer informatie te krijgen over de inspanningen die zorgverzekeraars zich getroosten om hun verzekerden te informeren over de no-claimteruggaveregeling. Dat geldt zowel voor algemene informatie over de regeling zelf als voor de informatie over de gemaakte zorgkosten aan verzekerden. Dergelijke informatie is van belang voor de beoogde effecten van de no-claimteruggaveregeling. In de derde plaats is het van belang om via zorgverzekeraars zicht te krijgen op de gerealiseerde en verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling.

De opbouw van het hoofdstuk is als volgt. Paragraaf 5.2 behandelt de informatieverschaffing over de no-claimteruggaveregeling aan ziekenfondsverzekerden in 2005. Paragraaf 5.3 verschaft details over de financiële as-

pecten van de no-claimteruggaaf. Het betreft de uitkering en eventuele terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf, en de met de no-claimteruggaveregeling beoogde financieringsverschuiving. De uitvoering van de no-claimteruggaveregeling wordt in paragraaf 5.4 besproken. Paragraaf 5.5 gaat in op de betekenis van het vrijwillig eigen risico. Daarna komen in paragraaf 5.6 de verwachte effecten van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico ter sprake. Ten slotte vat paragraaf 5.7 de belangrijkste conclusies van het hoofdstuk samen.

5.2 Informatie over de no-claimteruggaveregeling in 2005

Uit het Consumentenpanel Gezondheidszorg (zie hoofdstuk 3) blijkt dat de meeste verzekerden informatie over de no-claimteruggaveregeling hebben ontvangen van hun zorgverzekeraar. Aan de ziekenfondsen hebben wij gevraagd hoe zij hun verzekerden op de hoogte hebben gesteld van de invoering van de no-claimteruggaveregeling in 2005. De meeste ziekenfondsen hebben hier verschillende communicatiemiddelen voor ingezet. Schriftelijke mailings (al dan niet in combinatie met polisinformatie), internet en het tijdschrift van de zorgverzekeraar zijn het meest toegepast. Zorgverzekeraars hebben nauwelijks advertenties gebruikt (zie tabel 5.1).

Tabel 5.1: *Informatievoorziening aan ziekenfondsverzekerden bij invoering van de no-claimteruggaveregeling naar medium, 2005^a*

Medium	Ziekenfondsen (%)	Verzekerden (%)
Schriftelijke mailing	76,5	76,6
Internet	70,6	70,3
Advertentie	5,9	6,3
Verzekeringsblad	41,2	39,2

a Meer antwoorden zijn mogelijk.

Bron: APE

Verzekerden worden in het algemeen schriftelijk op de hoogte gesteld van de gemaakte zorgkosten en of zij de no-claimteruggavegrens hebben overschreden. Een aantal ziekenfondsen geeft expliciet aan dat verzekerden dit ook zelf kunnen controleren via internet (zie tabel 5.2).

Tabel 5.2: *Medium om ziekenfondsverzekerden op de hoogte te stellen over gemaakte zorgkosten, 2005^a*

Medium	Ziekenfondsen (%)	Verzekerden (%)
Schriftelijk	100,0	100,0
E-mail	0,0	0,0
Internet	11,8	11,4

a Meer antwoorden zijn mogelijk.

Bron: APE

Veel ziekenfondsen hebben ervoor gekozen om verzekerden één maal op de hoogte te stellen over de zorgkosten en de no-claimteruggaaf. Dit gebeurt of als de verzekerde de grens van € 255 heeft overschreden of bij uitkering van de no-claimteruggaaf (zie tabel 5.3). Op verzoek van de verzekerde kunnen deze ziekenfondsen wel vaker per jaar informatie verstrekken.

Tabel 5.3: *Frequentie van de informatieverschaffing over de zorgkosten aan ziekenfondsverzekerden, 2005*

Frequentie	Ziekenfondsen (%)	Verzekerden (%)
1 keer per jaar (bij overschrijding of uitkering)	82,4	82,3
2 keer per jaar	5,9	5,3
3 keer per jaar	5,9	6,3
Maandelijks en bij uitkering	5,9	6,1

Bron: APE

5.3 Financiële effecten van de no-claimteruggaaf over 2005

5.3.1 Uitkering en terugvordering

De no-claimteruggaaf over 2005 heeft een *voorlopig* karakter. Bij de vaststelling van de voorlopige no-claimteruggaaf in maart 2006 zijn nog niet alle zorgkosten over 2005 betrokken. Volgens een opgave van de ziekenfondsen heeft gemiddeld 53% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder een voorlopige no-claimteruggaaf ontvangen (zie tabel 5.4). In totaal heeft 18% van de verzekerden de maximale teruggaaf van € 255 gekregen. Ultimo maart 2006 bedraagt het gemiddelde no-claimteruggaaf-

bedrag per ziekenfondsverzekerde met een positieve no-claimteruggaaf € 188. Tussen de ziekenfondsen bestaat maar een beperkte variatie in de gemiddelde uitgekeerde no-claimbedragen. Per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder bedraagt de voorlopige no-claimteruggaaf over 2005 € 99.

Tabel 5.4: *Voorlopig no-claimteruggaaf van ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder over 2005 (stand in maart 2006)*

Verzekerden	Gemiddeld (in %)	Minimum (in %)	Maximum (in %)
Verzekerden met no-claimteruggaaf van € 0	47,3	33,3	53,0
Verzekerden met no-claimteruggaaf van meer dan € 0 en € 255	34,7	30,3	45,8
Verzekerden met no-claimteruggaaf van minder dan € 255	18,0	6,0	33,3
Voorlopige no-claimteruggaaf (in euro's)			
- per verzekerde met een positieve no-claimteruggaaf	188	176	198
- per verzekerde van 18 jaar en ouder	99	83	127

Bron: APE

Doordat declaraties van zorgverleners over 2005 nog na maart 2006 bij ziekenfondsen kunnen binnenkomen, heeft de no-claimteruggaaf een voorlopig karakter. Vooral bij de declaraties van ziekenhuizen over 2005 treedt volgens de ziekenfondsen vertraging op. Dat houdt verband met de in 2005 ingevoerde DBC-bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen, waarbij de declaraties pas plaatsvinden nadat de DBC's zijn afgesloten; bijvoorbeeld in de loop van het jaar 2006. Daarom verwachten ziekenfondsen dat bij een deel van de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden (zie tabel 5.5).

Tabel 5.5: *Ziekentondsverzekerden met een verwachte terugvordering van de no-claimteruggaaf*

Terugvordering	Ziekentonds (in %)	Verzekerden (in %)
Bij minder dan 10%	47,1	46,1
Bij 10% tot 25%	47,1	47,8
Bij 25% tot 50%	5,9	6,1

Bron: APE

Bijna de helft van de ziekenfondsen denkt dat in minder dan 10% van de gevallen tot een terugvordering hoeft te worden overgaan. De overige ziekenfondsen op één na verwachten dat bij 10% tot 25% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden. Eén ziekenfonds verwacht dat bij meer dan 25% van de verzekerden met een positieve teruggaaf tot een gehele of gedeeltelijke terugvordering moet worden overgegaan.

5.3.2 *Financieringsverschuiving*

De invoering van de no-claimteruggaveregeling bij ziekenfondsverzekerden moet in 2005 op *transactiebasis* leiden tot een financieringsverschuiving van collectief naar privaat ter grootte van € 1,4 mrd. Bij de berekening van de financieringsverschuiving heeft het ministerie van VWS verondersteld dat het bedrag van de no-claimteruggaaf op transactiebasis gemiddeld ongeveer € 90 per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder bedraagt. Op kasbasis valt de *voorlopige* no-claimteruggaaf iets hoger uit. De exacte omvang van de financieringsverschuiving kan pas worden vastgesteld als de definitieve no-claimteruggaaf bekend is. Op grond van het voorgaande mag echter worden verwacht dat de uiteindelijk gerealiseerde financieringsverschuiving over 2005 (vrijwel) niet zal afwijken van de geraamde € 1,4 mrd.

5.4 Uitvoering van de no-claimteruggaveregeling

5.4.1 *Uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005*

De ziekenfondsen kijken in het algemeen niet zo optimistisch aan tegen de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005. De combinatie van de DBC-bekostiging bij ziekenhuizen en de no-claimteruggaveregeling vinden deze zorgverzekeraars weinig gelukkig. Zij verwachten veel problemen bij een gehele of gedeeltelijke terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf, omdat verzekerden geen rekening houden met een eventuele terugvordering en/of van zorgverzekeraar zijn veranderd (zie tabel 5.6). In gesprekken hebben een aantal ziekenfondsen aangegeven zij ernaar streven om eventuele nagekomen rekeningen direct te verrekenen met de voorlopige no-claimteruggaaf en deze onmiddellijk terug te vorderen. Slechts een klein deel van de ziekenfondsen verwacht weinig terugvorderingsproblemen.

Tabel 5.6: *Verwachte problemen met terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf over 2005*

Terugvordering	Ziekenfondsen (in %)	Verzekerden (in %)
Weinig problemen	11,8	13,0
Veel problemen	88,2	87,0

Bron: APE

Tabel 5.7 geeft de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling weer. Bij de tabel moet als kanttekening worden geplaatst dat een aantal ziekenfondsen nog onvoldoende inzicht heeft in de uitvoeringskosten. De overige ziekenfondsen ramen de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling over 2005 op gemiddeld € 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Dit bedrag impliceert dat de uitvoeringskosten vooralsnog binnen het budgettair kader van € 20 mln. zijn gebleven (Tweede Kamer 2005/2006). Het is mogelijk dat een gedeelte van de uitvoeringskosten een incidenteel karakter heeft wegens de aanpassing van de systemen aan de no-claimteruggaveregeling. Dat verklaart naast de schaaffecten wellicht ook de grote variatie in de uitvoeringskosten tussen ziekenfondsen. Deze lopen uiteen van € 1 tot € 10 per ziekenfondsverzekerde van 18 en ouder.

Tabel 5.7: *Uitvoeringskosten no-claimteruggaveregeling over 2005 per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder*

Uitvoeringskosten	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Kosten per verzekerde van 18 jaar en ouder	2	1	10

Bron: APE

Wij hebben ziekenfondsen gevraagd om het aantal vragen over de hoogte van de voorlopige no-claimteruggaaf over 2005 (schriftelijk of telefonisch) in de maand april te schatten. Gemiddeld worden er circa 7.300 vragen gesteld per ziekenfonds (zie tabel 5.8). Aangezien het aantal vragen nauw gekoppeld is aan het aantal verzekerden, hebben wij ook het aantal vragen per verzekerde van 18 jaar en ouder berekend. Gemiddeld stelt 1% van de ziekenfondsverzekerden een vraag over de hoogte van hun no-claimteruggaaf. Het aantal vragen per verzekerde verschilt nogal per ziekenfonds. De meeste ziekenfondsen krijgen van ongeveer 1% van hun verzekerden een vraag over de no-claimteruggaaf. Dit percentage is waarschijnlijk een lichte onderschatting, omdat een aantal ziekenfondsen al

eerder in maart is gestart met de uitkering van de no-claimteruggaaf.⁷ Een aantal ziekenfondsen krijgt beduidend meer vragen over de no-claimteruggaaf (meer dan 6% van de verzekerden stelt een vraag). Hierbij moet worden opgemerkt dat de ziekenfondsen een ruwe schatting hebben gegeven van het aantal vragen dat ze hebben gekregen. Een aantal zorgverzekeraars heeft specifiek aangegeven dat de no-claimteruggaveregelings door alle uitzonderingen tot veel vragen en onbegrip van de klant leiden. Zij zien dit als een belangrijk probleem in de relatie met hun verzekerden.

Tabel 5.8: *Aantal vragen over de hoogte van de voorlopige no-claimteruggaaf in april 2006*

Vragen	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Vragen over hoogte no-claimteruggaaf	7.298	250	14.000
Vragen over hoogte no-claimteruggaaf per ziekenfondsverzekerde (%)	1,0	0,2	33,3

Bron: APE

5.4.2 *Uitvoering van de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico over 2006*

Aan alle zorgverzekeraars hebben wij gevraagd hoeveel vragen zij in april 2006 hebben gekregen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico. Doordat slechts 5% van verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, krijgen zorgverzekeraars in 2006 in het algemeen weinig vragen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) het eigen risico en de no-claimteruggaveregelings (zie tabel 5.9).

Zorgverzekeraars zijn van mening dat de samenloop tussen de no-claimteruggaveregelings en het eigen risico en de uiteenlopende werkingssfeer van beide regelings buitengewoon moeilijk is uit te leggen aan hun verzekerden. Daarnaast wijzen zij op de DBC-bekostigingsystematiek van ziekenhuizen als een zeer complicerende factor.

⁷ Deze ziekenfondsen hebben de vaststelling en de uitkering van de no-claimteruggaaf in de tijd gespreid om overbelasting van hun call centers te voorkomen. Daarom hebben deze ziekenfondsen hierover in maart 2006 al de nodige vragen gekregen.

Tabel 5.9: *Aantal vragen over onduidelijkheden no-claimteruggaaf en eigen risico in april 2006*

Vragen	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Vragen over onduidelijkheden no-claimteruggaaf en vrijwillig eigen risico	63	0	500
Vragen over onduidelijkheden no-claimteruggaaf en vrijwillig eigen risico per verzekerde van 18 jaar en ouder (in %)	0,0	0,0	3,0

Bron: APE

5.5 Vrijwillig eigen risico

Er zijn maar weinig verzekerden van 18 jaar en ouder die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Gemiddeld kiest 5% van de betrokken verzekerden voor een eigen risico (zie tabel 5.10). Dit percentage varieert bij de afzonderlijke zorgverzekeraars tussen 0 en 10%. De gepresenteerde resultaten sporen met een recent onderzoek van Vektis (2006).

Tabel 5.10: *Keuze voor een vrijwillig eigen risico en uitvoeringskosten, 2006*

Vrijwillig eigen risico	Gemiddeld	Minimum	Maximum
Verzekerden 18+ met een vrijwillig eigen risico (in %)	5	0	10
Uitvoeringskosten eigen risico per verzekerde met een vrijwillig eigen risico (in euro's)	2	0	11

Bron: APE

De uitvoeringskosten van het vrijwillige eigen risico per verzekerde met eigen risico zijn vergelijkbaar met de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling (vergelijk tabel 5.7 en tabel 5.10). Datzelfde geldt ook voor de variatie in de uitvoeringskosten tussen zorgverzekeraars. Bij de uitvoeringskosten van het vrijwillig eigen risico zien wij - evenals bij de no-claimteruggaveregeling - dat een deel van de zorgverzekeraars nog niet kan zeggen wat de uitvoeringskosten zijn. In de analyse hebben wij één zorgverzekeraar met sterk afwijkende (hoge) uitvoeringskosten voor het vrijwillig eigen risico buiten beschouwing gelaten.⁸

⁸ De uitvoeringskosten van deze zorgverzekeraar bedragen € 40 per verzekerde met een vrijwillig eigen risico. Dat komt door de ontwikkeling van een nieuw

5.6 Verwachte effecten no-claimteruggaaf en eigen risico

Wij hebben de zorgverzekeraars ook een aantal vragen voorgelegd over het verwachte effect van de no-claimteruggaveregeling, al dan niet in vergelijking met het verwachte effect van een vrijwillig of verplicht eigen risico. De meeste zorgverzekeraars verwachten geen effect van de no-claimteruggaveregeling (tabel 5.11). 95% van de zorgverzekeraars geeft aan dat de no-claimteruggaveregeling geen effect heeft op de zorgconsumptie, omdat (1) verzekerden geen inzicht hebben in de kosten van hun zorgconsumptie en (2) de no-claimteruggaaf niet geldt voor de huisarts. Daardoor wordt er volgens hen niet aan de poort geremd.

Tabel 5.11: *Door zorgverzekeraars verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling op zorggebruik*

	Zorgverzekeraars (in %)	Verzekerden (in %)
No-claimteruggaveregeling remt selectief	5,0	3,3
No-claimteruggaveregeling remt niet	95,0	96,7
No-claimteruggaveregeling leidt tot uit- of afstel	0,0	0,0

Bron: APE

In een toelichting geeft een zorgverzekeraar aan dat voor ouderen, mensen met een bijstandsuitkering en mensen met een redelijke gezondheid de no-claimteruggaaf mogelijk kan leiden tot uitstel of afstel van zorgconsumptie. Een aantal voormalige ziekenfondsen geeft aan principieel tegen eigen betalingen voor de zorg te zijn.

Ongeveer 55% van de zorgverzekeraars (met 57% van de verzekerden) oordeelt dat het vrijwillig eigen risico beter remt. Zij geven aan dat verzekerden dan directer worden geconfronteerd met de betaling voor het zorggebruik, terwijl bovendien de huisarts wel meetelt voor het vrijwillig eigen risico (zie tabel 5.12). Een kwart van de zorgverzekeraars verwacht geen verschil. Deze groep zorgverzekeraars verwacht dus evenmin een remmende werking van het vrijwillige eigen risico.

incassosysteem voor het vrijwillige eigen risico in combinatie met heel weinig verzekerden met een vrijwillig eigen risico.

Tabel 5.12: *Effecten van de no-claimteruggaveregeling versus het vrijwillig eigen risico*

	Zorgverzekeraars (in %)	Verzekerden (in %)
Geen verschil	25,0	26,7
No-claimteruggaaf remt meer	0,0	0,0
Vrijwillig eigen risico remt meer	55,0	56,9
Geen inzicht	22,0	16,4

Bron: APE

Ruim de helft van de zorgverzekeraars is van mening dat een verplicht eigen risico aan de voet beter remt dan de huidige no-claimteruggaveregeling (zie tabel 5.13). 35% van de zorgverzekeraars verwacht geen verschil (en dus ook geen remmende werking van het verplichte eigen risico).

Tabel 5.13: *Effect no-claimteruggaveregeling versus een verplicht eigen risico*

	Zorgverzekeraar (%)	Verzekerden (%)
Geen verschil	35,0	29,2
No-claimteruggaaf remt meer	0,0	0,0
Verplicht eigen risico remt meer	60,0	57,8
Geen inzicht	5,0	13,0

Bron: APE

Eén van de zorgverzekeraars merkt in een toelichting op dat een verplicht eigen risico aan de voet kan leiden tot een uitholling van de poortwachtersfunctie van de huisarts. Deze zorgverzekeraar verwacht dat verzekerden dan eerder geneigd zijn om rechtstreeks naar een specialist te gaan en het bezoek aan de huisarts over zullen slaan. Een andere zorgverzekeraar denkt dat een verplicht eigen risico een verwaarloosbare remmende werking heeft, maar beduidend hogere uitvoeringskosten. Een grote zorgverzekeraar is weliswaar meer geporteerd van een verplicht risico aan de voet dan van de no-claimteruggaaf, maar geeft aan dat dan alle computersystemen weer moeten omgebouwd en de medewerkers opnieuw moeten worden geïnstrueerd. De betrokken zorgverzekeraar vindt het daarom niet de moeite waard om voor een verplicht eigen risico aan de voet de gehele uitvoering weer te veranderen.

5.7 Conclusies

De bevindingen van het hoofdstuk zijn als volgt:

- Verzekerden worden doorgaans één keer per jaar schriftelijk op de hoogte gesteld over de no-claimteruggaaf, hetzij bij overschrijding van de € 255 hetzij bij uitkering van de no-claimteruggaaf.
- De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico zijn vergelijkbaar (€ 2 per betrokken verzekerde).
- Zorgverzekeraars verwachten nauwelijks effect van de no-claimteruggaveregeling. Ruim de helft van de zorgverzekeraars denkt dat het vrijwillig eigen risico of een verplicht eigen risico meer remt dan de no-claimteruggaaf.
- 53% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar heeft een *voorlopige* positieve no-claimteruggaaf over 2005 gekregen. Per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder (inclusief degenen met een teruggaaf van € 0) bedraagt de uitbetaalde no-claimteruggaaf gemiddeld € 99.
- Bijna de helft van de ziekenfondsen denkt dat bij minder dan 10% van de positieve no-claimteruggaves tot een terugvordering hoeft te worden overgaan. De overige ziekenfondsen op één na verwachten dat bij 10% tot 25% van de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden. Een ziekenfonds verwacht meer dan 25% terugvorderingen. Ziekenfondsen verwachten veel problemen bij een eventuele gehele of gedeeltelijke terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf.
- De uiteindelijk gerealiseerde financieringsverschuiving zal naar verwachting (vrijwel) niet afwijken van de geraamde € 1,4 mrd.
- Doordat slechts 5% van verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, krijgen zorgverzekeraars in 2006 in het algemeen weinig vragen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling.

6 NIEUWE VERWIJZINGEN NAAR SPECIALISTEN

6.1 Inleiding

Voor informatie over nieuwe verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten maken wij gebruik van gegevens uit het Landelijk Informatie-Netwerk Huisartsenzorg (LINH). Het LINH is een (landelijk representatief) netwerk van huisartsenpraktijken waarvan gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen worden geregistreerd. De gegevens van het LINH zijn afkomstig van circa 80 huisartsenpraktijken, waar ruim 300.000 verzekerden zijn ingeschreven (zie www.linh.nl).

Onze analyse van het aantal verwijzingen heeft betrekking op het aantal nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten vanuit de huisartspraktijk per 1.000 ingeschreven verzekerden van 15 jaar en ouder in een kalenderjaar.⁹ Wij maken onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

6.2 Trends, 2000-2004

Huisartsen verwijzen ziekenfondspatiënten vaker naar medisch specialisten dan particuliere patiënten (zie tabel 6.1). Per 1.000 ingeschreven ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder verwijzen huisartsen in 2004 206 keer naar een medisch specialist. Bij particulier verzekerden van 15 jaar en ouder is dat 142 keer per 1.000 verzekerden. Oudere verzekerden krijgen vaker een verwijzing dan jongere. Mannen worden minder vaak verwezen dan vrouwen. Ter informatie bevat de tabel ook *voorlopige* realisatiecijfers over 2005. Deze worden *niet* betrokken bij de berekening van de trends van de nulmeting.

⁹ We hebben ons om praktische redenen gebaseerd op de direct beschikbare gegevens (in vijfjaarsklassen). Voor de resultaten van de trendanalyses heeft deze keuze naar verwachting geen consequenties.

Tabel 6.1: *Aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 verzekerden van 15 jaar en ouder, 2000-2005*

	Aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Ziekenfondsverzekerden	182,7	191,8	183,4	194,6	206,4	200,2
Particulier verzekerden	113,3	123,4	120,1	125,8	142,3	144,3

a 2005 betreft voorlopige cijfers .

Bron: Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

Conform de eerder beschreven methode (zie paragraaf 2.3) hebben wij de gemiddelde groei van het aantal verwijzingen per 1000 verzekerden bepaald. Tabel 6.2 laat de trend per verzekeringsvorm zien. Bij particulier verzekerden stijgt het aantal verwijzingen aanzienlijk sneller dan bij ziekenfondsverzekerden. Daardoor bewegen de verwijsfrequenties van ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden zich naar elkaar toe.

Tabel 6.2: *Jaarlijkse groei aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 verzekerden van 15 jaar en ouder, 2000-2004*

	Gemiddelde groei per jaar (in %)
Ziekenfondsverzekerden	2,6
Particulier verzekerden	4,9

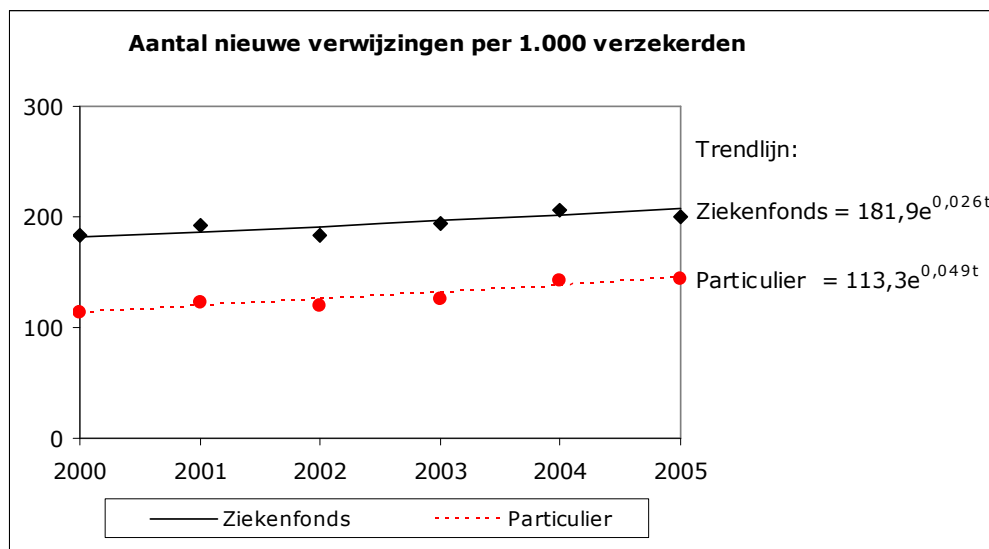
Bron: LINH (APE-bewerking)

6.3 Nulmeting en eerste vervolgmeting

Op basis van de trends in de periode 2000-2004 bepalen wij het verwachte aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden in 2005. Door bij de berekening van het verwachte aantal verwijzingen uit te gaan van de trendmatige ontwikkeling in de periode 2000-2004 laten wij zien hoe het aantal verwijzingen zich (ceteris paribus) zou ontwikkelen vanaf 2005 als de no-claimteruggaveregeling niet zou zijn ingevoerd. Door het trendmatig verwachte aantal verwijzingen in 2005 te vergelijken met het gerealiseerde aantal verwijzingen in dat jaar kunnen wij een globale inschatting maken van de invloed van de no-claimteruggaaf. Omdat de no-claimteruggaveregeling in 2005 alleen voor de ziekenfondsverzekerden geldt, brengen wij de trendmatige ontwikkeling van het aantal verwijzingen voor beide onderscheiden verzekeringsvormen afzonderlijk in beeld. De informatie voor particulier verzekerden dient voor de duiding van de resultaten van ziekenfondsverzekerden.

Figuur 6.1 toont de trendmatige ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden van 15 jaar en ouder.

Figuur 6.1: *Nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 verzekerden van 15 jaar en ouder, 2000-2005*



Bron: LINH (APE-bewerking)

Het trendmatig verwachte aantal verwijzingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder stijgt tot circa 207 in 2005. Voor de particulier verzekerden resulteert een overeenkomstige stijging tot circa 145. Het aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden stijgt iets sneller bij particulier verzekerden dan bij ziekenfondsverzekerden (4,9% versus 2,6%).

Als de no-claimteruggaaf op een vergelijkbare manier uitpakt als een eigen risico aan de voet of een eigen bijdrage, verwachten we dat in 2005 minder ziekenfondsverzekerden door de huisarts naar de medisch specialist worden verwezen dan op grond van de trendmatige ontwikkeling uit de periode 2000-2004 wordt voorspeld. Figuur 6.1 onthult dat er in 2005 bij ziekenfondsverzekerden inderdaad sprake is van een lichte daling van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten ten opzichte van 2004. Het gerealiseerde aantal verwijzingen in 2005 ligt op basis van voorlopige cijfers voor de ziekenfondsverzekerden eveneens iets onder het trendmatig verwachte aantal verwijzingen. Dit laatste zou mogelijk kunnen duiden op een bescheiden effect van de no-claimteruggaveregeling bij ziekenfondsverzekerden. Daar staat tegenover dat de kennis van verzekerden over de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling in het algemeen beperkt is, terwijl veel huisartsen aangegeven dat zij vrijwel nooit rekening

houden met de no-claimteruggaveregeling (zie paragraaf 4.4). Niettemin geeft een klein deel van de ziekenfondsverzekerden in het Consumentenpanel aan dat zij - onder invloed van de no-claimteruggaaf - minder zorg, waaronder specialistische hulp, hebben geconsumeerd (zie paragraaf 3.5.2).

De bijdrage van de no-claimteruggaaf en eventueel andere factoren aan het licht bij de trend achterblijvende aantal verwijzingen bij ziekenfondsverzekerden is echter met de thans beschikbare gegevens *niet* te duiden. Dit vergt een verdiepingsslag met gegevens op verzekerdeniveau. Bij de particulier verzekerden nemen wij in 2005 geen achterblijvende ontwikkeling van het aantal verwijzingen waar. Trend en realisatie vallen bij particulier verzekerden nagenoeg samen.

6.4 Conclusies

Het hoofdstuk leidt tot de volgende conclusies:

- Bij ziekenfondsverzekerden ligt het aantal verwijzingen naar de medisch specialist per 1.000 verzekerden in 2005 zowel onder het niveau van 2004 als onder de trendmatige ontwikkeling. Wellicht heeft de no-claimteruggaaf hieraan mede bijgedragen.
- Bij de particulier verzekerden beweegt het aantal verwijzingen per 1.000 verzekerden zich in 2005 rond de trendmatige ontwikkeling.

7 BEROEP OP DE HUISARTSENZORG

7.1 Inleiding

Voor de meting van het beroep op de huisartsenzorg hanteren wij weer gegevens uit het *Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg* (LINH). Het beroep op de huisartsenzorg wordt gemeten in dossiercontacten. De huisarts, assistente en praktijkondersteuner noteren gegevens over de zorg aan de patiënt in het elektronisch medisch dossier. Het gaat om consulten met de huisarts, visites van de huisarts aan de patiënt, contacten met de praktijkondersteuner en/of assistente, telefonische contacten, herhaalrecepten of administratieve handelingen voor de patiëntenzorg, zoals het inschrijven van laboratoriumuitslagen of specialistenbrieven. Het aantal dossiercontacten geeft een indruk van de totale productie in de huisartsenpraktijk. Bij de telling van het aantal dossiercontacten neemt het LINH aan dat maximaal 1 dossiercontact per persoon per dag kan plaatsvinden. Onze analyse heeft betrekking op het aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder.¹⁰ Wij maken onderscheid tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden.

7.2 Trends, 2000-2004

Het aantal dossiercontacten per verzekerde bedraagt in 2004 gemiddeld 8,62 voor ziekenfondsverzekerden tegen 5,55 voor particulier verzekerden (zie tabel 7.1). Dit verschil hangt samen met de opbouw van de verzekerdenpopulaties. Ter informatie bevat de tabel ook voorlopige realisatiecijfers over 2005. Deze worden *niet* betrokken bij de berekening van de trends van de nulmeting.

¹⁰ We hebben ons om praktische redenen gebaseerd op de direct beschikbare gegevens (in vijfjaarsklassen). Voor de resultaten van de trendanalyses heeft deze keuze naar verwachting geen consequenties.

Tabel 7.1: *Aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder naar verzekeringsvorm, 2000-2005*

	contacten per verzekerde					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ^a
Ziekenfondsverzekerden	7,80	7,94	8,31	8,35	8,62	8,71
Particulier verzekerden	5,04	5,18	5,40	5,66	5,55	5,42

a 2005 betreft voorlopige cijfers.

Bron: Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (LINH)

Op basis van de eerder beschreven methode (zie paragraaf 2.3) hebben wij de gemiddelde groei van het aantal dossiercontacten per verzekerde bepaald. Tabel 7.2 brengt de trends per verzekeringsvorm in beeld. Gemiddeld stijgt het aantal dossiercontacten per ziekenfondsverzekerde met 2,5% per jaar. Bij particulier verzekerden neemt het aantal dossiercontacten per verzekerde met 2,8% toe.

Tabel 7.2: *Jaarlijkse groei aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder, 2000-2004*

	Gemiddelde groei per jaar (in %)
Ziekenfondsverzekerden	2,5
Particulier verzekerden	2,8

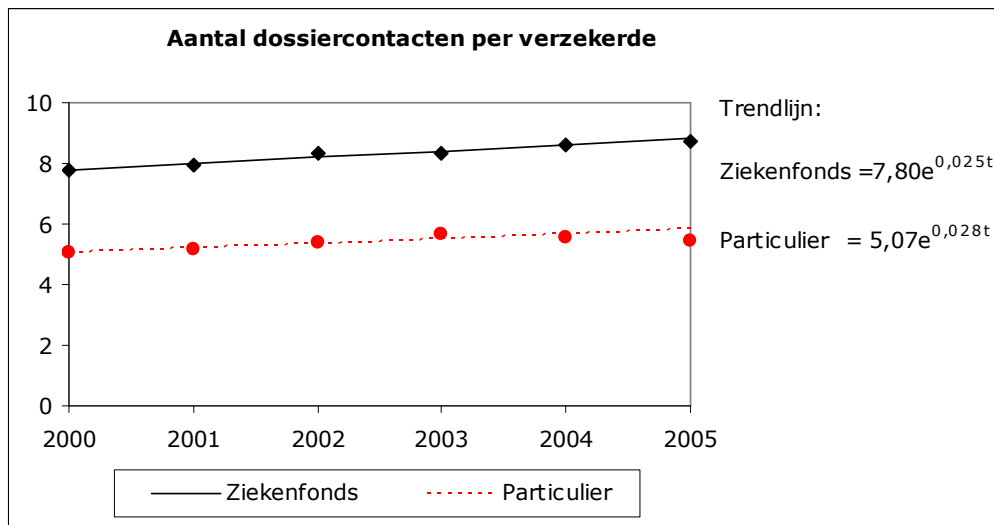
Bron: LINH (APE-bewerking)

7.3 Nulmeting en eerste vervolgmeting

Op basis van de in tabel 7.2 getoonde trends voor de periode 2000-2004 schatten wij het verwachte aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder in 2005. Door bij de berekening van het verwachte aantal dossiercontacten uit te gaan van de trendmatige ontwikkeling in de periode 2000-2004, laten wij zien hoe het aantal verwijzingen zich zou ontwikkelen vanaf 2005 als de no-claimteruggaveregeling bij ziekenfondsverzekerden niet zou zijn ingevoerd.

Figuur 7.1 brengt de trendmatige ontwikkeling van het aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder in beeld met een uitsplitsing naar verzekeringsvorm. De informatie voor particulier verzekerden dient ter vergelijking.

Figuur 7.1: Dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder, 2000-2005



Bron: LINH (APE-bewerking)

Het verwachte aantal dossiercontacten per ziekenfondsverzekerde van 15 jaar en ouder stijgt trendmatig tot een niveau van 8,8 in 2005. Dat is *per saldo* nagenoeg gelijk aan de realisatie in dat jaar (8,7 contacten per verzekerde). De no-claimteruggaaf heeft enerzijds geen aantoonbare negatieve invloed op het beroep op de huisartsenpraktijk van ziekenfondsverzekerden. Anderzijds is evenmin sprake van een aantoonbare extra druk op de huisartsenzorg. Het is mogelijk dat beide effecten elkaar opheffen. De waargenomen ontwikkeling spoort met de verwachtingen van de huisartsen die aan onze enquête hebben deelgenomen: 82% verwacht geen invloed van de no-claimteruggaaf van het aantal contacten (zie paragraaf 4.4). Bij particulier verzekerden neemt het trendmatig verwachte aantal dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder toe tot een niveau van 5,8 in 2005. Dat is 0,4 contacten meer dan de realisatie in dat jaar. De achtergrond hiervan is moeilijk te duiden.

7.4 Conclusies

Het hoofdstuk geeft aanleiding tot de volgende conclusies:

- Per saldo zien wij geen aantoonbaar effect van de no-claimteruggaaf bij ziekenfondsverzekerden op het aantal dossiercontacten in huisartsenpraktijken. Het is mogelijk dat de eventuele positieve en negatieve effecten van de no-claimteruggaaf op het aantal dossiercontacten elkaar opheffen.

- Bij de particulier verzekerden blijft het gerealiseerde aantal dossiercontacten in 2005 iets achter bij de trendmatige ontwikkeling. De achtergrond hiervan is nog onduidelijk.

8 GENEESMIDDELEN

8.1 Inleiding

Om de ontwikkeling van het geneesmiddelengebruik te analyseren, maken wij gebruik van de gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK). De cijfers hebben betrekking op de geneesmiddelen die door openbare apotheken worden verstrekt (SFK 2005).

In dit hoofdstuk kijken wij naar de ontwikkeling van de uitgaven aan geneesmiddelen per verzekerde. Wij splitsen de uitgaven per verzekerde verder uit door specifiek de ontwikkeling van het aantal voorschriften per verzekerde en de kosten per voorschrift in beeld te brengen. Hiermee kunnen wij analyseren of de no-claimteruggaveregeling effect heeft op de volume- en/of de prijscomponent. Ook bekijken wij of sprake is van vervanging van de duurdere specialités door goedkopere generieke geneesmiddelen.

In de afgelopen jaren zijn de geneesmiddelenkosten structureel gestegen. De overheid heeft op verschillende manieren de ontwikkeling van de kosten proberen te beheersen.

Prijzmaatregelen

In het convenant 2004 is onder meer afgesproken dat de consumentenprijzen van generieke geneesmiddelen zullen dalen tot 40% onder het niveau van de lijstprijzen op 1 januari 2004. De verwachte besparing bedraagt € 622 mln. in 2004 en € 685 mln. in 2005. Omdat bij ongewijzigd beleid de bezuinigingsdoelstelling voor 2005 niet zou worden gehaald, is in het aangescherpte convenant 2005 aanvullend afgesproken dat fabrikanten van specialités met ingang van 1 januari 2005 de prijzen verlagen van geneesmiddelen waarvoor vergelijkbare generieke geneesmiddelen beschikbaar zijn.

Pakketmaatregelen

De belangrijkste pakketwijziging voor geneesmiddelen in de analyseperiode heeft plaatsgevonden in 2004. Per 1 januari 2004 is een aantal geneesmiddelen geschrapt uit het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket. Het betreft zelfzorggeneesmiddelen, anticonceptiva voor vrouwen van 21 jaar en ouder en medicatie bij de eerste IVF-behandeling. De beoogde

besparing in 2004 betreft totaal € 210 mln. (Ministerie van VWS). Het SFK raamt het bezuinigingseffect van de zelfzorgmaatregel in 2004 op circa € 60 mln. Het niet langer vergoeden van zelfzorggeneesmiddelen zoals antihistaminica, laxantia en calciumtabletten heeft er enerzijds toe geleid dat artsen en patiënten uitwijken naar (iets duurdere) receptplichtige varianten die nog wel worden vergoed (SFK 2005). Anderzijds blijkt dat de behoefte aan een beperkt aantal groepen zelfzorgmiddelen bij chronische patiënten het grootst is. Hierdoor betalen ongeveer 195.000 chronische patiënten meer dan € 150 per jaar aan zelfzorg geneesmiddelen. Door een aanpassing van de maatregel is besloten deze groep chronische patiënten tegemoet te komen. Vanaf 1 januari 2005 komen vijf groepen van zelfzorggeneesmiddelen weer onder voorwaarden voor vergoeding in aanmerking.

8.2 Trends, 2000-2004

We bekijken de ontwikkeling in de uitgaven aan geneesmiddelen per verzekerde in de periode 2000 tot en met 2004. Achtereenvolgens bespreken wij de volgende componenten van de geneesmiddelenkosten:

1. het aantal voorschriften per verzekerde;
2. de kosten per voorschrift;
3. de kosten per verzekerde;
4. het aandeel generieke geneesmiddelen.

Tabel 8.1 laat de ontwikkeling van het aantal voorschriften per verzekerde zien voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Ter informatie bevat de tabel ook realisatiecijfers over 2005. Deze worden *niet* betrokken bij de berekening van de trends. Het verschil in geneesmiddelengebruik tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden wordt deels verklaard door verschillen in leeftijdsopbouw en sociaal-economische achtergrond.

Bij ziekenfondsverzekerden neemt het aantal voorschriften per verzekerde toe van 9,3 in 2000 naar 10,3 in 2003. In 2004 daalt het aantal voorschriften tot 9,9 per verzekerde door de pakketmaatregel in dat jaar. Oorzaak is dat sinds 2004 de kosten van zelfzorggeneesmiddelen die voor chronisch gebruik worden voorgeschreven niet meer worden vergoed door de zorgverzekeraar. Hierdoor is het aantal voorschriften voor buiten-WTG geneesmiddelen meer dan gehalveerd. Bij particulier verzekerden zien wij een vergelijkbaar beeld.

Tabel 8.1: *Aantal voorschriften per verzekerde naar verzekeringsvorm, 2000-2005*

Verzekeringsvorm	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenfonds	9,3	9,7	10,0	10,3	9,9	10,2
- WTG	8,2	8,6	8,9	9,2	9,4	9,6
- buiten WTG	1,1	1,1	1,1	1,1	0,5	0,6
Particulier	6,7	6,8	6,9	7,0	6,2	6,7
- WTG	5,4	5,5	5,6	5,6	5,7	5,9
- buiten WTG	1,3	1,4	1,3	1,3	0,6	0,8

Bron: SFK (bewerking APE)

In tabel 8.2 presenteren wij de kosten per voorschrift voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Bij ziekenfondsverzekerden nemen de kosten per voorschrift toe van € 25,80 in 2000 tot 30,20 in 2004. De stijging bij particulier verzekerden is sterker dan bij ziekenfondsverzekerden. De sterke stijging van de kosten per buiten-WTG voorschrift in 2004 komt door het verwijderen van de goedkopere buiten-WTG middelen uit het verzekerde pakket.

Tabel 8.2: *Kosten per voorschrift (in euro's) naar verzekeringsvorm, 2000-2005*

Verzekeringsvorm	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenfonds	25,8	27,3	28,8	29,6	30,2	30,2
- WTG	27,2	28,9	30,4	31,1	30,4	30,7
- buiten WTG	14,7	15,5	16,4	17,0	26,1	23,0
Particulier	25,0	26,5	28,1	28,9	31,4	30,9
-WTG	28,5	30,2	32,1	32,9	32,9	32,9
- buiten WTG	10,7	11,1	11,3	12,0	18,2	15,3

Bron: SFK (bewerking APE)

Tabel 8.3 toont de kosten per verzekerde uitgesplitst naar verzekeringsvorm. Bij ziekenfondsverzekerden nemen de kosten per verzekerde met € 58 toe van € 240 in 2000 tot € 298 in 2004. Bij particulier verzekerden zien wij een toename met € 27 van €168 in 2000 tot € 195 in 2004.

Tabel 8.3: *Kosten per verzekerde (in euro's) naar verzekeringsvorm, 2000-2005*

Verzekeringsvorm	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Ziekenfonds	240	265	287	306	298	308
- WTG	224	248	269	287	286	295
- buiten WTG	16	17	18	19	12	14
Particulier	168	181	194	201	195	206
- WTG	153	166	179	185	186	195
- buiten WTG	14	15	15	16	10	12

Bron: SFK (bewerking APE)

Een mogelijk effect van de no-claimteruggaveregeling is dat de arts waar mogelijk goedkopere, maar gelijkwaardige varianten voor gaat schrijven, zoals generieke geneesmiddelen in plaats van de duurdere specialités. Het aandeel generieke geneesmiddelen toont sinds een aantal jaren een forse toename (zie tabel 8.4). Gemeten in aantallen voorschriften is het markt-aandeel van deze groep toegenomen van 41,5% in 2000 tot 46,6% in 2004.¹¹ In termen van de kosten van geneesmiddelen is het aandeel generieke geneesmiddelen gestegen van 16,3% in 2000 tot 22,9% in 2003. In 2004 is het kostenaandeel gedaald. Dit heeft te maken met de verlaging van de generieke geneesmiddelenprijzen door het convenant 2004. In het convenant is onder meer afgesproken dat de prijzen van generieke recept-geneesmiddelen dalen tot 40% onder het niveau van de lijstprijzen op 1 januari 2004.

Tabel 8.4: *Aandeel generieke geneesmiddelen, 2000-2005*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Voorschriften (in %)	41,5	42,0	43,8	46,5	46,6	49,8
Kosten (in %)	16,3	16,3	19,6	22,9	19,1	20,4

Bron: SFK (bewerking APE)

Door het convenant zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen in 2004 sterk gedaald. Met inbegrip van de opnieuw ingevoerde clawback van 6,82% (tot een maximum van € 6,80 per verstrekking) lagen de consumentenprijzen voor generieke geneesmiddelen eind 2004 39% onder het niveau van de lijstprijzen in januari 2004 (SFK 2005). Deze prijsverlaging heeft naar verwachting in 2004 effect gehad op de ontwikkeling van het

¹¹ In 1995 werd nog slechts in 28% van alle gevallen een generiek geneesmiddel werd verstrekt (SFK 2005).

marktaandeel van generieke geneesmiddelen, ongeacht het effect van de no-claimteruggaveregeling. Daar staat echter tegenover dat in 2005 ook voor specialités een prijsverlaging is afgesproken.

Op basis van de eerder beschreven methode (zie paragraaf 2.3) kunnen wij de gemiddelde groei van de kosten en het gebruik van geneesmiddelen bepalen. De gegevens worden niet gecorrigeerd voor de effecten van de pakketmaatregel in 2004 en de aanpassing van de tarieven van generieke geneesmiddelen in datzelfde jaar. Het aggregatieniveau van onze analyse staat dit niet toe. In plaats daarvan corrigeren wij voor dit effect door een niveaudummy voor het jaar 2004 (en latere jaren) toe te voegen.¹² Wij nemen aan dat de pakketmaatregelen het *niveau* van de uitgaven en de voorschriften verlagen, maar de trendmatige groei niet wezenlijk beïnvloeden. Tabel 8.5 toont de trends in het geneesmiddelengebruik en de bijbehorende uitgaven.

Tabel 8.5: *Jaarlijkse groei geneesmiddelen per verzekerde, 2000-2004*

	Groei ziekenfonds (in %)	Groei particulier (in %)
Voorschriften	3,4	1,2
Kosten per voorschrift	4,7	5,0
Kosten per verzekerde	8,1	6,2
Aandeel generiek in voorschriften		3,8
Aandeel generiek in kosten		12,0

Bron: SFK (bewerking APE)

Het aantal voorschriften per verzekerde neemt in de periode 2000-2004 jaarlijks trendmatig toe met 3,4% bij ziekenfondsverzekerden en met 1,2% bij particulier verzekerden. De kosten per voorschrift stijgen met 5,0% het snelst bij particulier verzekerden tegen 4,7% bij ziekenfondsverzekerden. Per saldo nemen de kosten per verzekerde toe met 8,1% per jaar bij ziekenfondsverzekerden tegen een toename van 6,2% per jaar bij particulier verzekerden. De stijging van het aantal voorschriften is hier debet aan. Gemeten in aantallen voorschriften is het marktaandeel van de groep generieke geneesmiddelen jaarlijks toegenomen met 3,8%. In termen van de kosten is zelfs sprake van een jaarlijks groei met 12%.

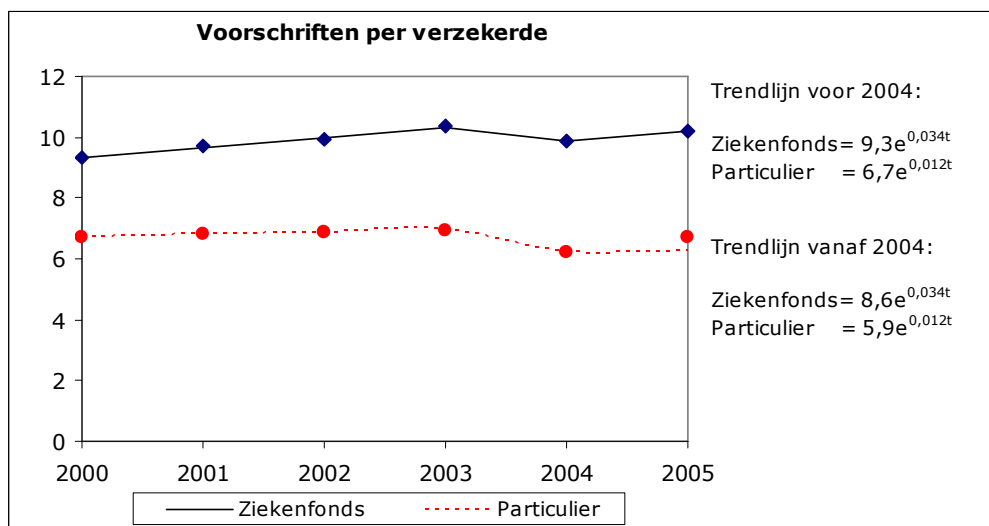
¹² Dit leidt tot de volgende formule:

$$\text{Uitgaven/verzekerde} = a \cdot \exp(b \cdot t + c \cdot \text{jaardummy}_{2004})$$
 met a het uitgavenniveau in 2000, b de procentuele groei tussen 2000 en 2004 na correctie voor de niveauverlaging in 2004, en c het niveau-effect in 2004 in latere jaren. Dezelfde formule passen wij ook toe in de overige analyses voor de geneesmiddelen.

8.3 Nulmeting en vervolgmeting

Op basis van de hiervoor berekende trends in de periode 2000-2004 bepalen wij de verwachte ontwikkeling van de uitgaven en het gebruik van geneesmiddelen in 2005. Door deze voorspelde waarden te vergelijken met het werkelijke geneesmiddelengebruik kunnen wij een inschatting maken van de mogelijke invloed van de no-claimteruggaaf. Figuur 8.1 geeft voor ziekenfondsverzekerden de trendmatige ontwikkeling van het aantal voorschriften per verzekerde weer in de periode 2000-2005. De informatie voor particulier verzekerden dient ter vergelijking. De figuur illustreert het effect van de niveaubreuk die wij vanaf 2004 hebben verondersteld.

Figuur 8.1: *Aantal voorschriften per verzekerde naar verzekeringsvorm, 2000-2005*

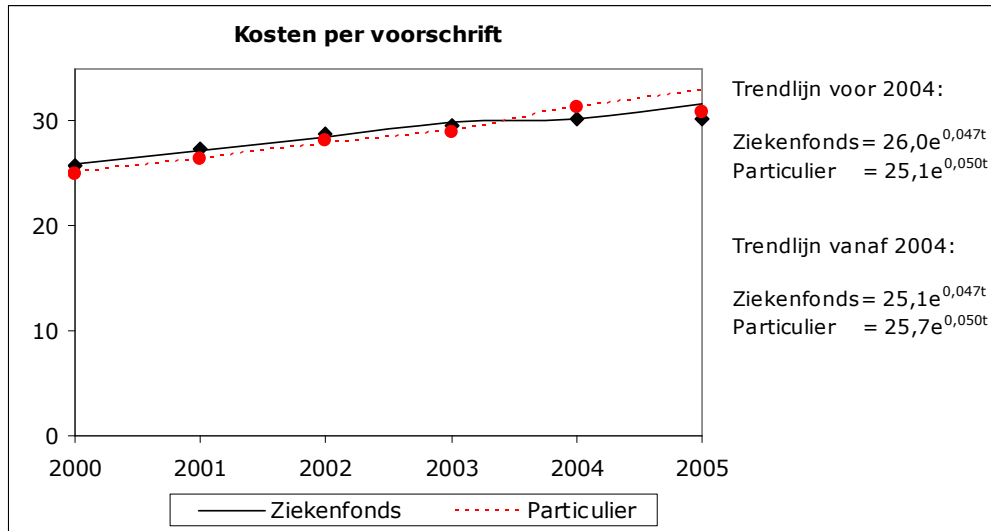


Bron: APE

In 2005 neemt het trendmatig verwachte aantal voorschriften per verzekerde toe tot 10,2 bij ziekenfondsverzekerden en 6,3 bij particulier verzekerden. In beide gevallen vallen trend realisatie nagenoeg samen. Dit wijst niet op een effect van de no-claimteruggaaf op het aantal voorschriften bij ziekenfondsverzekerden.

Figuur 8.2 toont voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden de trendmatige ontwikkeling van de kosten per voorschrift gedurende de periode 2000-2005. Bij ziekenfondsverzekerden ligt de trend van de kosten per voorschrift iets boven de realisatie in 2005. Naast de aanscherping van het convenant in 2005 kan dit mogelijk ook een effect van de no-claimteruggaaf zijn.

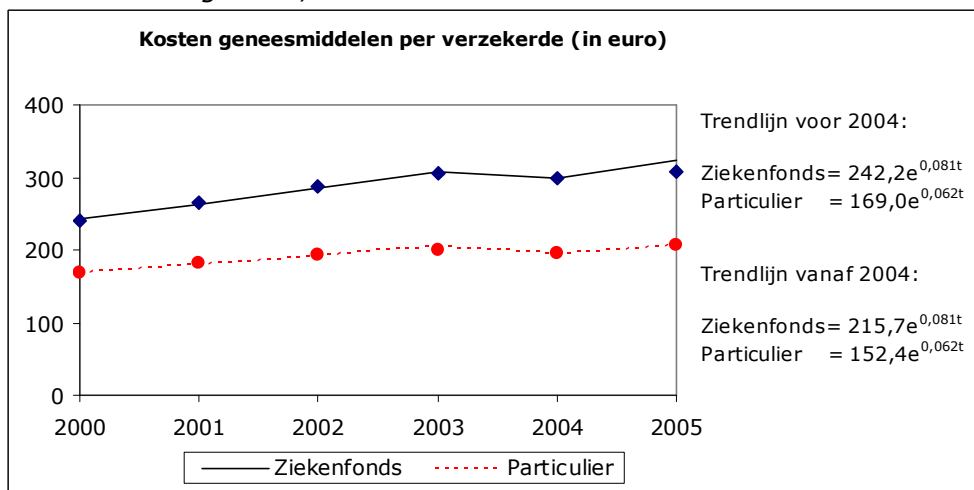
Figuur 8.2: *Kosten geneesmiddelen per voorschrift naar verzekeringsvorm, 2000-2005*



Bron: APE

Figuur 8.3 toont de kosten per verzekerde in de periode 2000-2005. De gerealiseerde kosten per ziekenfondsverzekerde liggen in 2005 duidelijk onder de trendmatige verwachte kosten (€ 308 versus € 323). Dit is naast de aanscherping van het convenant mogelijk deels een beperkt remgeldefect van de no-claimteruggaaf. Bij particulier verzekerden is het verschil tussen trend en realisatie beperkt.

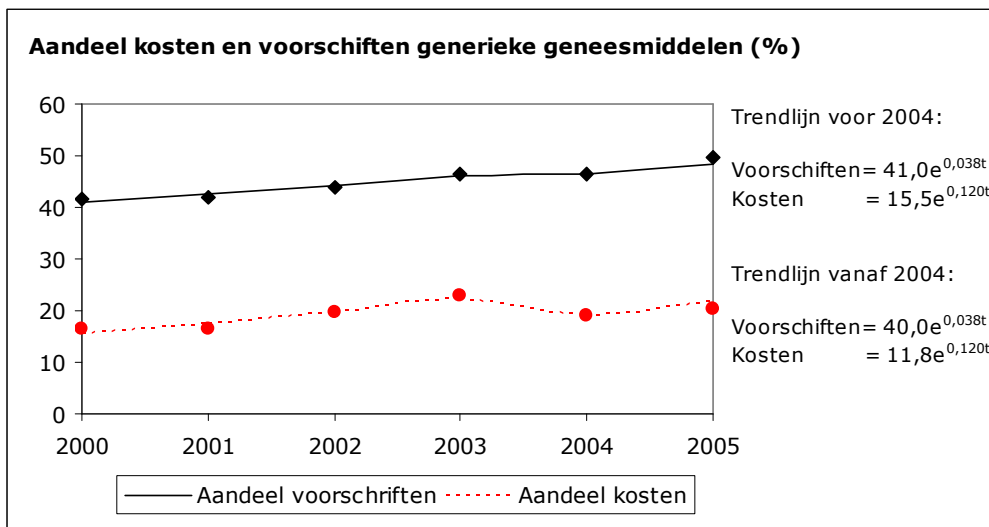
Figuur 8.3: *Kosten van geneesmiddelen per verzekerde naar verzekeringsvorm, 2000-2005*



Bron: APE

Figuur 8.4 schetst tenslotte de trendmatige ontwikkeling van het marktaandeel van generieke geneesmiddelen. Op basis van de huidige trends neemt het marktaandeel, gemeten in aantallen voorschriften, trendmatig toe tot bijna 50% in 2005. In termen van de kosten van geneesmiddelen komt het aandeel generieke geneesmiddelen in 2005 uit op ruim 20%. De verschillen tussen trend en realisatie zijn beperkt, hoewel in 2005 relatief vaker generieke middelen worden voorgeschreven.

Figuur 8.4: *Aandeel generieke geneesmiddelen, 2000-2005*



Bron: APE

8.4 Conclusies

Het hoofdstuk leidt tot de volgende conclusies:

- De gerealiseerde kosten van geneesmiddelen per ziekenfondsverzekerde blijven in 2005 achter bij de gecorrigeerde trendmatige ontwikkeling. Dat komt vooral door lagere kosten per voorschrift.
- Naast de aanscherping van het convenant in 2005 wijzen de resultaten op een mogelijk effect van de no-claimteruggaaf, waarbij vaker goedkopere (generieke) geneesmiddelen zijn voorgeschreven.

9 HULPMIDDELEN

9.1 Inleiding

Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) monitort de verstrekking van hulpmiddelen in het kader van de Ziekenfondswet. CVZ houdt gegevens bij van de totale kosten en het aantal (unieke) gebruikers van hulpmiddelen. Deze gegevens worden gepubliceerd via het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP). Een aantal zorgverzekeraars stelt de gegevens aan het GIP ter beschikking. Vervolgens controleert het GIP deze gegevens en corrigeert deze zo nodig. Het GIP presenteert alleen cijfers voor ziekenfondsverzekerden.

9.2 Trends, 2000-2004

Zowel de kosten als het aantal unieke gebruikers van hulpmiddelen stijgen. Vooral het aantal gebruikers van de volgende categorieën hulpmiddelen stijgt sterk:

- bij ademhalingsproblemen;
- voor communicatie, informatie en signalering;
- voor mobiliteit;
- voor het toedienen van voeding.

In 2004 dalen zowel de kosten en het aantal unieke gebruikers van gebitsprothesen licht. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. Ten eerste zijn de prijzen van gebitsprothesen in 2004 niet gestegen. Ten tweede komen steeds meer verzekerden in aanmerking voor implantaatgedragen prothesen vanwege sterke slinking van de kaak. De implantaatgedragen prothesen vallen niet onder de hulpmiddelen. Daardoor dalen de kosten van reguliere gebitsprothesen per verzekerde. Deze daling is geen gevolg van een beleidswijziging. Verder hebben in de periode 2000-2004 een aantal kleine pakketwijzigingen plaatsgevonden, maar die hebben geen significant effect gehad op de ontwikkeling van de kosten en het gebruik van hulpmiddelen.

Tabel 9.1 brengt de kosten per gebruiker en het aantal gebruikers per 100 ziekenfondsverzekerden in beeld. Ter informatie bevat de tabel ook voorlopige realisatiecijfers over 2005. Deze worden *niet* betrokken bij de bere-

kening van de trends. Gemiddeld gebruikt 13% van de ziekenfondsverzekerden in 2004 één of meer hulpmiddelen. De kosten daarvan bedragen gemiddeld € 613 per gebruiker.

Tabel 9.1: *Kosten per ziekenfondsverzekerde en de samenstellende componenten, 2000-2005*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Kosten per gebruiker	454,4	496,3	533,4	566,2	612,7	595,8
Unieke gebruikers per 100 ziekenfondsverzekerden	11,9	12,2	12,8	13,1	13,0	13,1
Kosten per ziekenfondsverzekerde	54,1	60,5	68,0	74,2	79,4	78,3

Bron: GIP (APE-bewerking)

Op basis van de eerder beschreven methode (zie paragraaf 2.3) hebben wij de trendmatige groei van de kosten per gebruiker en het aantal gebruikers per 100 ziekenfondsverzekerden bepaald (zie tabel 9.2). De kosten per gebruiker stijgen met ruim 7,3% per jaar. Het aantal gebruikers per 100 ziekenfondsverzekerden neemt met een stijging van 2,4% per jaar minder snel toe. Door deze ontwikkelingen stijgen de kosten per ziekenfondsverzekerde jaarlijks met 9,7%.

Tabel 9.2: *Procentuele groei van de kosten per ziekenfondsverzekerde en de samenstellende componenten, 2000-2004*

	Groei per jaar (in %)
Kosten per gebruiker	7,3
Unieke gebruikers per ziekenfondsverzekerden	2,4
Kosten per ziekenfondsverzekerde	9,7

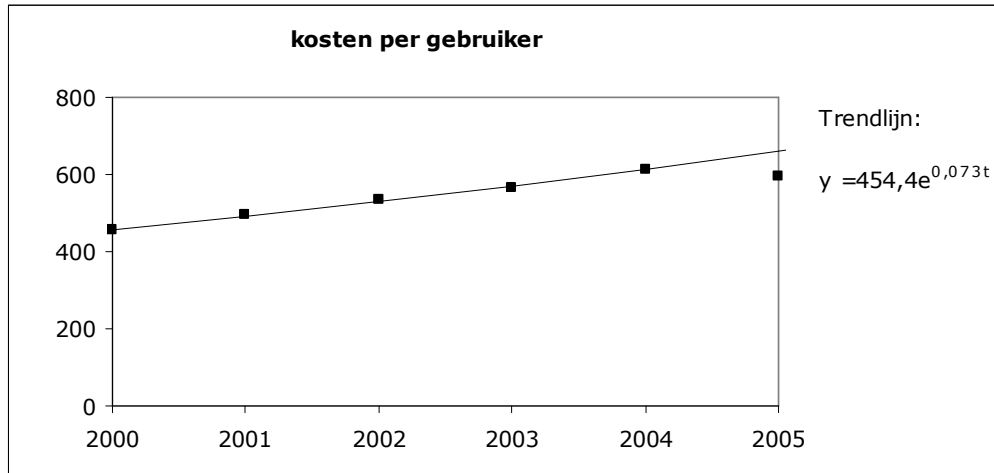
Bron: GIP (APE-bewerking)

9.3 Nulmeting en vervolgmeting

In de nulmeting schatten wij op basis van de hiervoor berekende trends gedurende de periode 2000-2004 de verwachte kosten per gebruiker en het verwachte aantal gebruikers per ziekenfondsverzekerde. De kosten per ziekenfondsverzekerde vormen de resultante van deze twee ontwikkelingen. Door deze voorspelde waarden later te vergelijken met de realisaties kunnen wij een inschatting maken van de invloed van de no-claimteruggaveregeling. Figuur 9.1 geeft de trendmatige ontwikkeling van de

kosten per gebruiker in de periode 2000-2005. De kosten per gebruiker stijgen trendmatig naar een niveau van € 659 per gebruiker in 2005.

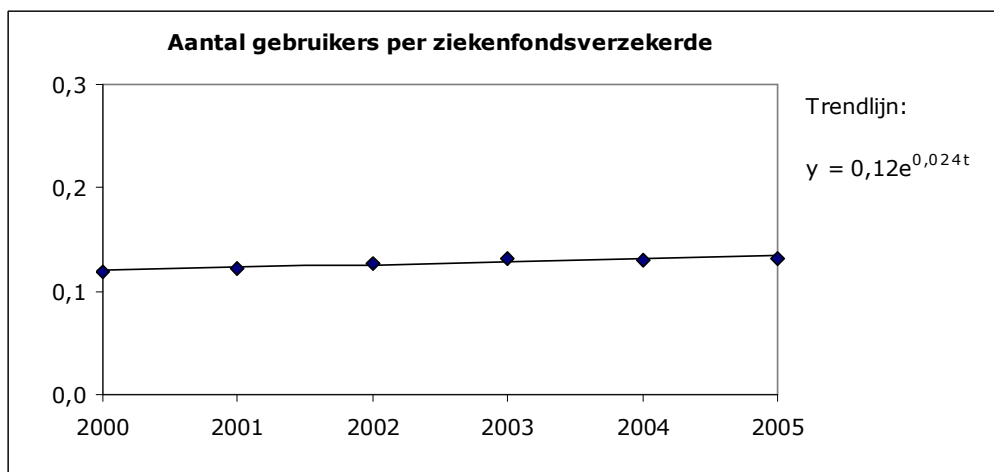
Figuur 9.1: *Kosten per gebruiker, 2000-2005*



Bron: GIP (APE-bewerking)

Figuur 9.2 schetst de trendmatige ontwikkeling van het aantal gebruikers per ziekenfondsverzekerde in de periode 2000-2005. Het aandeel gebruikers van hulpmiddelen in de ziekenfondspopulatie stijgt trendmatig naar een niveau van 0,135 in 2005.

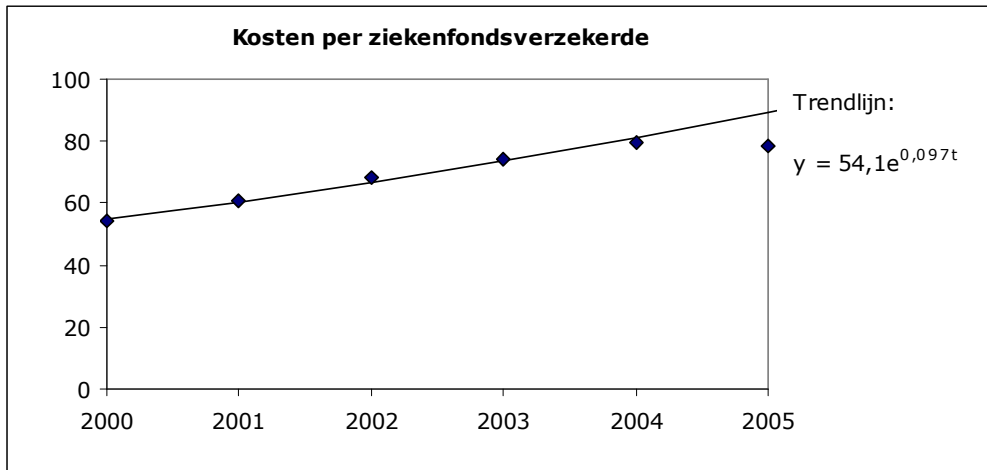
Figuur 9.2: *Gemiddeld aantal gebruikers per ziekenfondsverzekerde, 2000-2005*



Bron: GIP (APE-bewerking)

Als resultante van beide ontwikkelingen nemen de kosten per ziekenfondsverzekerde trendmatig toe tot een niveau van € 89 in 2005 (zie figuur 9.3).

Figuur 9.3: *Kosten per ziekenfondsverzekerde, 2000-2005*



Bron: GIP (APE-bewerking)

De voorlopige cijfers van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) geven aan dat vooral de kosten per gebruiker in 2005 lager liggen dan verwacht mag worden op basis van de trends in voorgaande jaren (zie Figuur 9.1). De gerealiseerde kosten per gebruiker bevinden zich in 2005 zelf onder het niveau van 2004. Figuur 9.2 laat zien dat de ontwikkeling van het aantal gebruikers per ziekenfondsverzekerde in 2005 wel conform de trend is. Het saldo-effect van beide ontwikkelingen is dat de kosten per ziekenfondsverzekerde zich in 2005 duidelijk onder het trendmatig verwachte niveau bevinden (zie figuur 9.3).

De daling van de kosten per gebruiker vloeit voor een belangrijk deel voort uit het feit dat zorgverzekeraars de hulpmiddelen doelmatiger zijn gaan inkopen.¹³ Dit effect wordt versterkt doordat ziekenfondsverzekerden kiezen voor het gebruik van goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen. Het is niet uitgesloten dat de no-claimteruggaveregeling hierbij een rol heeft gespeeld.

¹³ De enige overheidsmaatregel die in 2005 een kostendaling met zich mee zou kunnen brengen, is een beperking van de vergoeding voor gehoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel). De cijfers laten echter slechts een zeer geringe daling zien voor de kosten van auditieve hulpmiddelen.

9.4 Conclusies

Het hoofdstuk geeft aanleiding tot de volgende conclusies:

- Het aantal gebruikers van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde ontwikkelt zich in 2005 conform de trends in voorgaande jaren.
- De kosten per gebruiker van hulpmiddelen blijven in 2005 sterk achter bij de trendmatige ontwikkeling en zijn ten opzichte van 2004 zelfs gedaald. Zorgverzekeraars zijn de hulpmiddelen doelmatiger gaan inkoop. Daarnaast is het mogelijk dat verzekerden deels onder invloed van no-claimteruggaaf hebben gekozen voor goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen.
- De gerealiseerde kosten van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde zijn in 2005 eveneens achtergebleven bij de trendmatige ontwikkeling.

LITERATUUR

Goudriaan, R., en R.W.D.J., Snijders, 2005, *Evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregeling*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 293)

NIVEL, 1998, *Effecten van de algemene eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden; Eindrapport*, Utrecht: NIVEL

Schee, E. van der, en D. Delnoij, 2005, *Door gebrekkige kennis over no claim wellicht meer huisartsenbezoek*, Utrecht: NIVEL

SFK, 2005, *Data en feiten 2005*, Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen

Tweede Kamer, 2004/2005 29.483, nr. 25, *Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat.*

Tweede Kamer, 2005/2006, 29.689, nr. 81, *Herziening Zorgstelsel*

Vektis, 2006, *Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag: De feiten over de marktontwikkelingen na invoering van de basisverzekering*, Zeist: Vektis.

BIJLAGE I: VRAGENLIJSTEN VAN DE ENQUÊTES

De bijlage bevat de vragenlijsten van de drie enquêtes die wij voor de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico hebben gehouden. Het betreft de volgende enquêtes:

- het Consumentenpanel Gezondheidszorg van april 2006 (onderdeel no-claimteruggaveregeling);
- de APE-enquête onder huisartsen over de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico van februari/maart 2006;
- de APE-enquête onder zorgverzekeraars over de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico van mei 2006.



Vragenlijst April 2006

Zorgverzekeringswet, wat heeft u gekozen?

Let op!

Het is belangrijk dat de vragenlijst wordt ingevuld door het panellid (de geadresseerde)

Toelichting bij de vragenlijst

Waar gaat de vragenlijst van het Consumentenpanel deze keer over?

Zoals we al eerder hebben verteld gaat de vragenlijst wederom over het nieuwe zorgstelsel. We hebben u al gevraagd wat u van plan was en wat uw verwachtingen ten aanzien van het nieuwe zorgstelsel waren. Dit keer ligt de nadruk op de keuze die u uiteindelijk heeft gemaakt en hoe u tot die keuze bent gekomen.

Een aantal vragen lijkt sterk op vragen die we al eerder aan u hebben voorgelegd. Het is voor ons toch van groot belang dat u deze vragen ook nu weer beantwoordt.

Waarom leggen wij deze vragen aan u voor?

Uw vragenlijst wordt gebruikt voor de evaluatie van het nieuwe zorgstelsel. Deze evaluatie is een grootscheeps onderzoek binnen het NIVEL naar de uitwerking van het nieuwe zorgstelsel. Aan de hand van de ingevulde vragenlijsten krijgen wij een beeld van het keuzegedrag van consumenten. Dit is een belangrijk onderdeel van het nieuwe zorgstelsel.

We leggen ook nog enkele andere vragen aan u voor

Op verzoek van Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE), een onderzoeks- en adviesbureau dat zich richt op de publieke sector, leggen wij u ook nog enkele vragen over de no-claimteruggaveregeling aan u voor. APE evalueert deze regeling in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Anonimiteit

Wij hopen dat u bereid bent om de vragenlijst in te vullen. De meeste vragen kunt u beantwoorden door het antwoord van uw keuze aan te kruisen. Voor het invullen van deze vragenlijst bestaan geen goede of foute antwoorden. Uw gegevens worden vanzelfsprekend zorgvuldig en anoniem verwerkt.

Inzenders worden beloond

Onder de inzenders verloten wij een aantal Iris-bonnen, die wij de winnaars zo snel mogelijk toe zullen sturen.

Nog vragen?

U kunt de vragenlijst terugsturen met de bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is hierbij niet nodig. Heeft u vragen, dan kunt u contact opnemen met Christel van Well (telefoonnummer 030 2729662). Bij voorkeur tussen 9.15 en 12.00 uur bellen (niet op woensdag).

Sinds 1 januari 2005 geldt voor ziekenfondsverzekerden de no-claimteruggaveregeling. Als u, als ziekenfondsverzekerde, in 2005 geen of weinig gebruik van medische zorg heeft gemaakt, ontvangt u geld terug van uw zorgverzekeraar. Vanaf 1 januari 2006 geldt de no-claimteruggaveregeling voor alle verzekerden. Nu volgen enkele vragen over de no-claimteruggaveregeling.

41 Bent u bekend met de no-claimteruggaveregeling?

- Nee → ga door naar vraag 43
- Ja

42 Hoe bent u geïnformeerd? meerdere antwoorden mogelijk

- Via mijn zorgverzekeraar
- Via het ministerie (website/folder/algemene informatie in de media)
- Via het consumentenpanel

43 Hoe was u in 2005 verzekerd?

- Ziekenfonds:
 - Met aanvullende verzekering
 - Particulier:
 - Alleen een standaardpakket polis
 - Collectief
 - Met eigen risico
 - Met aanvullende verzekering
- ga door naar vraag 49
- Ambtenarenverzekering → ga door naar vraag 49
 - Niet verzekerd → ga door naar vraag 49

44 Heeft u dit voorjaar een teruggave van de no-claim van uw zorgverzekeraar ontvangen?

- Nee
- Ja, namelijk euro

45 Heeft u problemen ondervonden met de terugbetaling van de no-claim?

- nee
- Ja:
 - Het bedrag was onjuist
 - Anders, namelijk

46 Heeft u zelf actie ondernomen om de no-claim terug te krijgen?

- Nee
- Ja

47 Heeft u in 2005 minder gebruik gemaakt van medische zorg, omdat u bij een laag gebruik geld terug kunt krijgen van de zorgverzekeraar?

- Nee
- Ja

48 Op welke manier heeft u in 2005 minder gebruik gemaakt van medische zorg? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Minder vaak naar de huisarts
- Minder vaak naar de medisch specialist
- Naar de huisarts in plaats van naar de eerste hulp of medisch specialist
- Minder vaak de huisarts gevraagd om medicijnen voor te schrijven
- De huisarts gevraagd om goedkopere medicijnen voor te schrijven
- Gebruik van zorg uitgesteld tot het nieuwe jaar
- Anders, namelijk

Op 1 januari 2006 is de nieuwe Zorgverzekeringswet ingevoerd. Voor alle verzekerden geldt de no-claimteruggaveregeling. Naast de no-claimteruggaveregeling kunnen verzekerden ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico.

49 Wat is uw mening over de volgende stellingen over de no-claimteruggaaf?

	<i>Helemaal mee oneens</i>	<i>Mee oneens</i>	<i>Niet mee oneens/niet mee eens</i>	<i>Mee eens</i>	<i>Helemaal mee eens</i>
Denkt u dat anderen minder gebruik hebben gemaakt of gaan maken van medische zorg om geld terug te krijgen van de zorgverzekeraar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door deze regeling ga ik eerst zorgvuldig na of ik daadwerkelijk zorg nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door deze regeling ben ik mij meer bewust van de kosten van de gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50 Wist u dat er een vrijwillig eigen risico bestaat voor de Zorgverzekeringswet?

- Nee
- Ja

51 Heeft u een vrijwillig eigen risico?

- Nee → ga door naar vraag 53
- Ja:
 - 100 euro
 - 200 euro
 - 300 euro
 - 400 euro
 - 500 euro

52 Waarom heeft u gekozen voor een eigen risico? meerdere antwoorden mogelijk

- Ik vind de premiekorting aantrekkelijk
 - Ik ben gezond en maak weinig gebruik van de gezondheidszorg
 - In mijn vroegere (particuliere) ziektekostenpolis had ik ook een eigen risico
 - Anders, namelijk
- ga door naar vraag 54

53 Waarom heeft u geen eigen risico genomen? meerdere antwoorden mogelijk

- Ik loop al risico door de no-claimteruggaveregeling
- Ik vind de korting op de premie onvoldoende
- Ik heb meestal hoge medische kosten
- Ik wil me geen zorgen maken over de kosten, als ik naar de dokter moet
- Mijn zorgverzekeraar heeft me geen aanbod gedaan
- Anders, namelijk

54 Kunt u aangeven welke van de volgende uitspraken over het eigen risico en de no-claimteruggaaf juist is?

	<i>juist</i>	<i>onjuist</i>
Als ik een eigen risico heb en gebruik maak van medische zorg, dan moet de verzekeraar eerst de €255 van mijn no-claimteruggaaf aanspreken en dan pas het eigen risico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De no-claimteruggaveregelung geldt alleen voor het basispakket en dus niet voor eventuele aanvullende verzekeringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het eigen risico geldt zowel voor het basispakket als voor een aanvullende verzekering.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55 Kunt u aangeven welke van de volgende vormen van medische zorg vallen onder de no-claimteruggaveregelung en welke onder het eigen risico van de basisverzekering?

	<i>No-claimteruggaaf</i>	<i>Eigen risico</i>	<i>Basisverzekering</i>
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Consult van een huisarts	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Zittend ziekenvervoer	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medicijnen op recept	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Medisch specialist	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

U kunt hieronder eventuele opmerkingen kwijt:

**Hiermee bent u aan het einde van deze vragenlijst gekomen.
Wilt u nog even nagaan of u alle vragen beantwoord heeft?**

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING !

Huisartsen: enquête no-claimteruggaveregeling en eigen risico

Vanaf 2005 geldt voor (voormalig) ziekenfondsverzekerden de no-claimteruggaveregeling. Met de invoering van de Zorgverzekeringswet is de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling uitgebreid tot alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden kunnen ook kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Via beide regelingen wil het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden vergroten en hen laten nadenken over de noodzaak om van zorg gebruik te maken. De no-claimteruggaveregeling en het eigen risico mogen echter niet leiden tot onbedoelde drempels voor het zorggebruik. Wij zouden graag door middel van een aantal stellingen uw mening over de effecten van beide regelingen willen peilen.

Vraag 1 Wat is volgens u het effect van de no-claimteruggaaf op de zorgconsumptie?

- De no-claimteruggaveregeling remt de zorgconsumptie selectief af: alleen de niet-noodzakelijke en de minder noodzakelijke consumptie.
- De no-claimteruggaveregeling heeft geen effect op de zorgconsumptie, omdat mensen geen inzicht hebben in de kosten van hun zorgconsumptie.
- De no-claimteruggaveregeling leidt ertoe dat zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen, wordt uit- of afgesteld.

De Zorgverzekeringswet biedt naast de no-claimteruggaaf verzekerden ook de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico. Het consult bij de huisarts telt niet mee voor de no-claimteruggaaf, maar wel voor het eigen risico. Het is op voorhand niet duidelijk wat het effect is voor het beroep op de huisartsenzorg. Wij willen u vragen wat volgens u het effect van de regelingen is op de huisartsenzorg.

Vraag 2 Wat is naar uw mening het effect van de no-claimteruggaveregeling of een eventueel eigen risico op het gebruik van huisartsenzorg?

	No-claimteruggaaf	Eigen risico
Meer consulten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minder consulten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geen effect	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 3 Houdt u rekening met de no-claimteruggaaf of een eventueel eigen risico?

- Ja, zoveel mogelijk
- Alleen als de patiënt erom vraagt
- Nee, absoluut niet

Vraag 4 Kunt u aangeven of de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico invloed heeft op de volgende aspecten van medische zorg? Door de no-claimteruggaveregeling en/of het eigen risico:

	Eens	Oneens	Geen mening
Verricht ik meer 'specialistische' behandelingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vraag ik minder snel diagnostisch onderzoek aan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrijf ik minder snel medicijnen voor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schrijf ik eerder goedkopere medicijnen voor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwijs ik minder snel naar een paramedicus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verwijs ik minder snel naar een specialist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vraag 5 Bent u de afgelopen twee weken geconfronteerd met vragen en/of opmerkingen over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico?

- Ja, 1-5 keer → Ga door naar vraag 6
- Ja, 5 keer of meer → Ga door naar vraag 6
- Nee → Ga door naar vraag 7

Vraag 6 Met welk soort vragen en opmerkingen over de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico wordt u geconfronteerd?

- Vragen over verrichtingen die wel of niet onder de regeling vallen
- Vragen over kosten per verrichting
- Vragen om goedkopere alternatieven
- Onvrede met de regeling
- Samenloop no-claimteruggaveregeling en eigen risico

Vraag 7 Brengt u zelf de no-claimteruggaveregeling of het eigen risico ter sprake?

- Ja, (vrijwel) altijd
- Ja, soms
- Nee

Vraag 8 Kunt u aangeven of, naar uw mening, de no-claimteruggaveregeling en of het eigen risico geldt voor de volgende typen zorg?

	No-claimteruggaaf	Eigen risico
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zittend ziekenvervoer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geneesmiddelen op recept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verloskundige zorg en kraamzorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratoriumonderzoeken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hulpmiddelen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Specialistische hulp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Zorgverzekeraars: evaluatie no-claimteruggaveregeling en eigen risico

Vragen 1 tot en met 9 hebben alleen betrekking op de voormalige ziekenfondsen. De vragen 10 tot en met 16 zijn op alle huidige zorgverzekeraars van toepassing.

Alleen voor voormalige ziekenfondsen

- Vraag 1 Hoe heeft u bij de invoering van de no-claimteruggaaf in 2005 uw verzekerden geïnformeerd over deze regeling? *Meer antwoorden zijn mogelijk.*
- Via een schriftelijke mailing
 - Via internet
 - Via advertentie
 - Anders, namelijk
- Vraag 2 Hoe stelt u uw verzekerden op de hoogte over de gemaakte zorgkosten die onder de no-claim vallen? *Meer antwoorden zijn mogelijk.*
- Schriftelijk
 - Via e-mail
 - Via internet
 - Anders, namelijk
- Vraag 3 Hoe vaak stelt u uw verzekerden schriftelijk op de hoogte over de gemaakte zorgkosten die onder de no-claim vallen?
- Maandelijks
 - Elk kwartaal
 - Anders, namelijk
- Vraag 4 Hoeveel van uw verzekerden van 18 jaar en ouder hebben dit jaar de no-claimteruggaaf niet, gedeeltelijk of geheel terugontvangen?
- verzekerden met een no-claimteruggaaf van € 0
 - verzekerden met een no-claimteruggaaf van meer dan € 0 en minder dan € 255
 - verzekerden met een no-claimteruggaaf van € 255
- Vraag 5 Hoeveel hebben de verzekerden met een no-claimteruggaaf gemiddeld teruggekregen?
- € per verzekerde met een no-claimteruggaaf

- Vraag 6 Hoeveel bedragen globaal de verwachte uitvoeringskosten (inclusief de verwachte terugvorderingskosten) van de no-claimteruggaveregeling per verzekerde van 18 jaar en ouder?
- € per verzekerde van 18 jaar en ouder
- Vraag 7 Kunt u een globale schatting geven van het aantal vragen dat u in de maand april heeft gekregen over de opgave van de hoogte van de no-claimteruggaaf?
- Circa vragen in de afgelopen maand
- Vraag 8 Verwacht u tot 1 april volgend jaar in veel gevallen de no-claimteruggaaf over 2005 (deels) te moeten terugvorderen?
- Bij minder dan 10% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf
 - Bij 10 tot 25% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf
 - Bij 25 tot 50% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf
 - Bij meer dan 50% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf
- Vraag 9 Verwacht u incassoproblemen bij de terugvordering van de te veel uitbetaalde no-claimteruggaaf?
- Weinig problemen met terugvordering
 - Veel problemen, omdat verzekerden geen rekening houden met een eventuele terugvordering en/of van verzekeraar zijn veranderd

Vragen voor alle zorgverzekeraars

- Vraag 10 Wat is volgens u het effect van de no-claimteruggaaf op de zorgconsumptie?
- De no-claimteruggaveregeling remt de zorgconsumptie selectief af: alleen de niet-noodzakelijke en de minder noodzakelijke consumptie.
 - De no-claimteruggaveregeling heeft geen effect op de zorgconsumptie. Mensen hebben geen inzicht in de kosten van hun zorgconsumptie en de no-claimteruggaaf geldt niet voor de huisarts.
 - De no-claimteruggaveregeling leidt ertoe dat zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen, wordt uit- of afgesteld.
- Vraag 11 Hoeveel van uw verzekerden hebben gekozen voor een vrijwillig eigen risico?
- Van de verzekerden hebben verzekerden gekozen voor een vrijwillig eigen risico.

- Vraag 12 Wat remt naar uw mening het zorggebruik van een verzekerde meer: de no-claimteruggaaf of het huidige vrijwillig eigen risico?
- Geen verschil.
 - De no-claimteruggaaf, want alleen gezonde verzekerden die vrijwel nooit gebruik maken van zorg kiezen voor een vrijwillig eigen risico.
 - Het vrijwillig eigen risico, omdat én verzekerden directer worden geconfronteerd met de betaling voor het zorggebruik én de huisarts wel mee telt voor het eigen risico.
- Vraag 13 Hoeveel bedragen naar schatting de uitvoeringskosten van het huidige vrijwillig eigen risico per verzekerde met een eigen risico?
- € per verzekerde met een eigen risico
- Vraag 14 Kunt u een globale schatting geven van het aantal vragen dat u in de maand april (eventueel maart) heeft gekregen over eventuele onduidelijkheden rondom (de samenloop van) de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico?
- Circa vragen in de afgelopen maand
- Vraag 15 Een mogelijk alternatief voor de huidige no-claimteruggaaf is een verplicht eigen risico aan de voet van € 255 met dezelfde grondslag. Wat remt naar uw mening het zorggebruik van een verzekerde meer: de no-claimteruggaaf of een *verplicht* eigen risico?
- Geen verschil.
 - De no-claimteruggaaf.
 - Een verplicht eigen risico.
- Vraag 16 Heeft u nog andere opmerkingen die relevant zijn voor de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling en/of het vrijwillig eigen risico?

Naam zorgverzekeraar :

Contactpersoon:

Telefoonnummer: