EVALUATIE ALGEMENE EIGEN-BIJDRAGEREGELING VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN:

Deelrapport IV: Kennis en ervaringen van aanbieders van zorg

J.B.F. Hutten
C.C. Ros
D.M.J. Delnoij
R. Friele
P.P. Groenewegen

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

Utrecht, september 1998

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700

ISBN 6905-375-6

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD		5
1	INLEIDING	7
1.1	Evaluatie van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden	7
1.2	Doel- en vraagstelling	8
1.3	Opbouw van het rapport	10
2	ONDERZOEKSOPZET	11
2.1	Steekproeftrekking en benadering respondenten	11
2.1.1	Huisartsen	11
2.1.2	Apothekers	11
2.1.3	Specialisten	12
2.1.4	Hoofden patiëntenadministratie ziekenhuizen	13
2.2	Respons	13
2.3	Non-respons	14
2.4	De interviews	14
3	KENNIS OVER DE AEB-REGELING	15
3.1	Bijdragen voor verschillende vormen van medische zorg	15
3.2	Het jaarlijks maximum	17
3.3	Conclusie	18
4	ERVARINGEN IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK	19
4.1	Vragen en opmerkingen over de AEB-regeling	19
4.2	AEB en het declaratie-verkeer met ziekenfondsen	21
4.3	Ervaren effecten van de AEB-regeling voor de zorgconsumptie	22
4.4	Conclusie	23
5	INVLOED VAN AEB-REGELING OP DE BEHANDELING	24
5.1	Huisartsen en specialisten	24
5.2	Apothekers	26
5.3	Conclusie	26
6	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	27
LITERATUUR		31

VOORWOORD

Dit is het vierde rapport in het kader van het evaluatie-onderzoek naar de invoering van de algemene eigen-bijdrageregeling (AEB-regeling) voor ziekenfondsverzekerden. Dit onderzoek wordt, in opdracht van de Ziekenfondsraad, door het NIVEL uitgevoerd, deels in samenwerking met andere onderzoeksinstituten. Het is gestart in het voorjaar van 1997 en zal eind 1998 worden afgerond.

In de evaluatie is aandacht voor de verschillende partijen die bij de regeling zijn betrokken: de ziekenfondsen die de regeling uitvoeren, de ziekenfondsverzekerden die de bijdrage moeten betalen en de aanbieders van zorg die mogelijk via hun patiënten of de ziekenfondsen worden geconfronteerd met de AEB-regeling.
Het eerste deelrapport betrof de in- en uitvoering van de AEB-regeling door ziekenfondsen. Dit is in het voorjaar van 1997 verschenen (Hutten e.a., 1997). Het tweede rapport is in oktober 1997 gepubliceerd. Hierin is verslag gedaan van de kennis- en meningpeiling onder ziekenfondsverzekerden (Ros e.a., 1997). In het derde zijn de ervaringen van de ziekenfondsen in het najaar van 1997 beschreven (Ros e.a., 1998).
Het deelonderzoek waarover in het onderhavig rapport verslag wordt gedaan, is gericht op de kennis en ervaringen van de aanbieders van zorg omtrent de AEB-regeling.

Jack Hutten
Corina Ros
Diana Delnoij
Roland Friele
Peter Groenewegen

1 INLEIDING

1.1 Evaluatie van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden

Sinds 1 januari 1997 is de Algemene Eigen-Bijdrageregeling (AEB) voor ziekenfondsverzekerden van kracht (zie kader). Het doel van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling is een financieringsverschuiving van de kosten van zorg en een verminderd gebruik van zorg doordat ziekenfondsverzekerden een deel van de kosten voor voorzieningen zelf moeten betalen.

De Algemene Eigen-Bijdrageregeling (AEB)

Hoeveel? Ziekenfondsverzekerden moeten 20% zelf betalen van de kosten van zorg die normaal uit de ziekenfondsverzekering betaald worden. Concreet betekent dit dat zij ondermeer 20% van de kosten voor medicijnen, 20% van de kosten van een poliklinisch consult en 20% van eventuele specialistische verrichtingen zelf moeten betalen. Voor verpleegdagen in een ziekenhuis of revalidatiekliniek en voor dagverpleging geldt niet het percentage van 20% van de kosten, maar wordt ƒ8,- per dag in rekening gebracht.

Waarvoor? De AEB geldt niet voor alle zorg. Zorg door huisartsen, tandartsen en verloskundige zorg vallen er bijvoorbeeld niet onder.

Maximum? De AEB is voor de verzekerde (en zijn medeverzekerden) gemaximeerd tot ƒ200,- per jaar. Voor sommige groepen uitkeringsgerechtigden en 65-plussers is het maximum vastgesteld op ƒ100,- per jaar. De AEB wordt geheven naast de bestaande eigen bijdragen (bijvoorbeeld voor zittend ziekenvervoer) en bijbetalingen (bijvoorbeeld voor geneesmiddelen). Deze kosten tellen niet mee voor het maximaal te betalen bedrag aan AEB.

Hoe? De AEB wordt door het ziekenfonds vastgesteld op basis van de declaraties van zorgaanbieders en achteraf in rekening gebracht bij de verzekerde.

Compensatie? Ter compensatie is voor alle verzekerden de door hen verschuldigde nominale premie in principe ƒ110,- per jaar lager vastgesteld. Daarnaast krijgen in 1997 verzekerden die ƒ200,- aan Algemene Bijdragen hebben betaald van het ziekenfonds ƒ90,- terug. Dit geldt niet voor ziekenfondsverzekerden die een medeverzekerde partner hebben. Zij hebben namelijk al twee keer een lagere premie van ƒ110,- ter compensatie ontvangen.

De Ziekenfondsraad heeft het NIVEL opdracht gegeven deze maatregel te evalueren. Hierbij wordt een onderverdeling gemaakt in een *proces-evaluatie* en een *effect-evaluatie*. In de proces-evaluatie ligt de nadruk op de implementatie en werking van de AEB in de praktijk. In de effect-evaluatie wordt nagegaan of de maatregel inderdaad het beoogde effect heeft gehad en of er mogelijk onbedoelde effecten zijn opgetreden. Het totale evaluatie-onderzoek bestaat uit verschillende deelonderzoeken: gedurende twee jaar worden naar verwachting tien rapportages uitgebracht van onderzoeken onder ziekenfondsen, ziekenfondsverzekerden en aanbieders van zorg.

In het onderhavig rapport wordt de rol van de aanbieders van zorg bestudeerd. Daarbij moet worden opgemerkt dat de uitvoering van de regeling primair een zaak is tussen ziekenfondsen en hun verzekerden. De verzekerden betalen de bijdrage niet rechtstreeks aan de aanbieders van zorg. Die declareren de volledige kosten bij het ziekenfonds en deze draagt er zorg voor dat de verschuldigde eigen bijdrage aan de verzekerde wordt doorberekend. Toch wordt er in het evaluatie-onderzoek ook aandacht besteed aan de

aanbieders van zorg.
Ten eerste kunnen zij in de dagelijkse praktijk worden geconfronteerd met vragen en opmerkingen van hun patiënten over de regeling. Ten tweede is het mogelijk dat ze, al dan niet onder druk van hun patiënten, de financiële consequenties van hun behandeling voor de patiënt in hun afwegingen in een consult meenemen. Daarnaast hebben zij mogelijk inzicht in de effecten van de maatregel in de praktijk, waarbij het zowel gaat om de bedoelde effecten als onbedoelde effecten zoals het afzien of uitstellen van zorg die medisch gezien noodzakelijk is. Tenslotte kan er nog op worden gewezen dat het declaratieverkeer tussen aanbieders van zorg en de ziekenfondsen door de regeling kan worden beïnvloed. Uit het eerste deelrapport van deze evaluatie (Hutten e.a., 1997) bleek dat bepaalde declaraties moesten worden aangepast omdat het ziekenfonds anders niet in staat was de eigen bijdrage te berekenen. In het derde deelrapport (Ros e.a., 1998) kwam naar voren dat de ziekenfondsen, vanwege de AEB-regeling, soms op het spoor komen van onjuiste of oneigenlijke declaraties waarover contact werd opgenomen met de betreffende zorgverlener.
De rol van de aanbieders van zorg wordt in deze evaluatie in drie deelonderzoeken bestudeerd. Naast de telefonische enquêtes waarover in het onderhavig rapport verslag wordt gedaan, wordt door middel van een vignetten-onderzoek nagegaan in hoeverre huisartsen in het algemeen rekening houden met de sociaal-economische omstandigheden van hun patiënten en, in het bijzonder, met de algemene eigen-bijdrageregeling (deelrapport 6). Tevens worden de voorschrijf- en verwijscijfers van een aantal huisarts-praktijken geanalyseerd om te kijken in hoeverre de regeling daarop van invloed is geweest (deelrapport 7). Daarbij gaat zowel om een algemene trend, als de vraag of de effecten zich alleen voordoen bij bepaalde patiëntengroepen (bijvoorbeeld lagere inkomensgroepen) of bij bepaalde klachten of diagnoses (bijvoorbeeld bij minder ernstige of alledaagse problemen).

1.2 Doel- en vraagstelling

Het doel van dit deelonderzoek is inzicht te krijgen in de bekendheid en ervaringen met de AEB-regeling van vier centrale aanbieders van zorg: huisartsen, apothekers, specialisten en ziekenhuizen. De volgende onderzoeksvragen komen hierbij aan de orde.

1. In hoeverre zijn aanbieders van zorg op de hoogte van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden?
2. In hoeverre worden aanbieders van zorg in de dagelijkse praktijk met de AEB-regeling geconfronteerd?
3. In hoeverre beïnvloedt de AEB-regeling, volgens de aanbieders van zorg, hun eigen medisch handelen in de praktijk? Bijvoorbeeld met betrekking tot voorschrijven, verwijzen, poliklinische of klinische behandeling.
4. In hoeverre worden er, ten gevolge van de AEB-regeling, problemen ervaren in het declaratieverkeer met de ziekenfondsen?
5. Welke effecten ervaren zorgaanbieders van de AEB-regeling? Daarbij gaat het zowel om het door de overheid beoogde consumptie-remmend effect als over de vraag of de regeling, volgens de zorgaanbieders, leidt tot uit-/afstel van de consumptie van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt had moeten worden ingeroepen.

Kennis
De verwachting is dat de aanbieders van zorg slechts in geringe mate op de hoogte zullen zijn van de concrete inhoud van de maatregel. Zoals vermeld hebben zij zelf niet direct

met de regeling te maken. Ook is er vanuit de Ziekenfondsraad of het Ministerie van VWS geen gerichte campagne gevoerd om hen uitvoerig in te lichten. De meeste ziekenfondsen hebben de zorgverleners wel enige algemene informatie gestuurd, voorafgaand aan de invoering van de maatregel (Hutten e.a., 1997). Slechts een enkel ziekenfonds is op dit gebied iets actiever geweest, door bijvoorbeeld specifiek informatiemateriaal te ontwerpen of een voorlichtingsbijeenkomst te organiseren.

Reacties van patiënten
Aangezien de AEB aan het ziekenfonds betaald moet worden, ligt het voor de hand dat de verzekerden bij vragen of onduidelijkheden in eerste instantie contact op zullen nemen met hun ziekenfonds. Het is echter ook mogelijk dat zij de betreffende zorgverlener om nadere informatie vragen omdat op de nota's staat vermeld over welke soort zorg de eigen bijdrage moet worden betaald. Door de ziekenfondsen wordt vermeld dat met name apothekers veel vragen van patiënten krijgen (Ros e.a., 1998). Het gaat daarbij vooral over het probleem dat in sommige gevallen de patiënten al in de apotheek hebben moeten bijbetalen in het kader van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem en dat het niet duidelijk is dat ze daarnaast ook een AEB verschuldigd zijn die aan het ziekenfonds moet worden betaald. Ook belde een aantal zorgaanbieders met het ziekenfonds omdat hun patiënten hen verantwoordelijk stelden voor de AEB die ze moesten betalen (Hutten e.a., 1997; Ros e.a., 1998).
Naast deze directe reactie op de opgelegde eigen bijdrage is het ook mogelijk dat patiënten tijdens een consult het onderwerp ter sprake brengen: bijvoorbeeld wat de behandeling hem/haar gaat kosten of vragen over goedkopere alternatieven.

Invloed op behandeling
Het spreekt voor zich dat een behandeling die wordt ingesteld in eerste instantie wordt bepaald door medische overwegingen. Echter daarbinnen zijn vaak nog diverse behandelmogelijkheden waaraan verschillende kosten zijn verbonden. Het is dan ook niet vreemd om na te gaan in hoeverre een zorgverlener de mogelijke financiële consequenties van een behandeling voor de betreffende patiënt mee laat wegen. De Engelse huisarts Gillon (1988) schreef een betoog waarin hij aangaf dat hoewel veel artsen dit niet willen erkennen, in de dagelijkse praktijk wel degelijk rekening wordt gehouden met de financiële aspecten van een behandeling.
Fahs (1992) bestudeerde het gedrag van huisartsen in een grote groepspraktijk in Pennsylvanië in de V.S. Het betrof zorgaanbieders die betaald werden per verrichting.
Nadat een deel van de patiënten werd geconfronteerd met een eigen bijdrage, bleek dat de zorgconsumptie op initiatief van de huisarts toenam voor patiënten zonder eigen bijdrage. In deze situatie lijkt het er op dat de huisartsen de teruggang in zorgverlening aan patiënten die minder komen omdat bepaalde kosten niet meer gedekt worden door de ziektekosten-verzekering, proberen te compenseren door extra zorg te verlenen aan patiënten die nog wel een volledige ziektekostendekking hebben.
Er zijn meer voorbeelden bekend waarbij de zorgvraag aanbod-geïnduceerd is: een patiënt zou bijvoorbeeld medisch gezien uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen, maar als de thuiszorg in tegenstelling tot de ziekenhuisopname niet wordt vergoed kan een arts besluiten de opname te verlengen. Een ander voorbeeld is het voorschrijven van grotere hoeveelheden medicijnen. Na de invoering van de medicijnknaak in 1983 bleek dat huisartsen per recept meer medicijnen gingen uitschrijven, zodat patiënten minder recepten nodig hadden en dus minder hoefden bij te betalen (Starmans e.a., 1994)

Declaraties
Zoals vermeld, vormen de declaraties van de aanbieders van zorg de basis voor de

berekening van de AEB. In eerdere deelrapporten bleek dat ziekenfondsen soms de aanbieders van zorg moesten vragen declaraties aan te passen. Tevens kwam in de interviews met de ziekenfondsen naar voren dat de regeling er in sommige gevallen toe heeft geleid dat onjuiste declaraties aan het licht kwamen. Daarover werd dan weer contact opgenomen met de betreffende aanbieder van zorg.

Ervaren effecten
De twee doelstellingen van de invoering van de AEB-regeling zijn financieringsverschuiving en consumptievermindering. In de totale evaluatie zal op verschillende manieren worden bestudeerd of deze doelstellingen ook worden bereikt. In het onderhavig deelrapport worden de mening en ervaringen van aanbieders van zorg bestudeerd. Zij zijn waarschijnlijk één van de eersten die inzicht hebben in de gevolgen voor de medische consumptie. Daarbij gaat het om het 'remmend effect' in het algemeen en de vraag in hoeverre de maatregel leidt tot uit-/afstel van zorgconsumptie die vanuit zorginhoudelijke overwegingen wel had moeten worden ingeroepen. Dit laatste kan namelijk een belangrijk onbedoeld effect zijn van een eigen-bijdrageregeling. Uit eerder onderzoek blijkt dat de introductie van eigen bijdragen in de ambulante sector zorgde voor een afname van het aantal bezoeken aan een arts, maar voor een toename van het gebruik van ziekenhuizen en een toename van de totale kosten (Roemer, 1973). Magid e.a. (1997) vonden echter geen significant verband tussen het heffen van een eigen bijdrage voor de eerste hulp en de hulpvraag op deze afdeling. Bij spoedeisende zaken lijkt men zich dus niets van een eventuele eigen bijdrage aan te trekken.

1.3 Opbouw van het rapport

In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van het onderhavig deelonderzoek besproken. Hoofdstuk 3 behandelt de kennis die de aanbieders van zorg van de AEB-regeling hebben. In Hoofdstuk 4 komen hun ervaringen in de dagelijkse praktijk aan de orde. Hoofdstuk 5 geeft antwoord op de vraag in hoeverre aanbieders van zorg van mening zijn dat hun medisch handelen door de AEB-regeling is beïnvloed.

2 ONDERZOEKSOPZET

Om inzicht te krijgen in de kennis en ervaringen van hulpverleners omtrent de AEB-regeling zijn, middels aselecte steekproeven, telefonische interviews gehouden onder vier centrale aanbieders van zorg: huisartsen, apothekers, medisch specialisten en ziekenhuizen.
Om het draagvlak voor het onderzoek te vergroten en de respons te bevorderen is besloten om in eerste instantie de betreffende beroepsverenigingen over het onderzoek te informeren. Daarbij is tevens gevraagd of zij bereid waren mee te werken aan het trekken van de steekproef en/of zij een aanbevelingsbrief wilden schrijven waarin hun leden werden opgeroepen aan het onderzoek deel te nemen. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP), Nederlandse vereniging voor heelkunde en Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) reageerden positief en hebben hun medewerking verleend. De beroepsvereniging van KNO-artsen en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) stonden niet afwijzend tegenover het onderzoek maar verleenden geen verdere medewerking.
De telefonische interviews zijn tussen december 1997 en de eerste week van februari 1998 afgenomen.

2.1 Steekproeftrekking en benadering respondenten

Aangezien het moeilijk was de te verwachten respons op voorhand in te schatten is gestreefd naar een minimum aantal respondenten per beroepsgroep, te weten 100 huisartsen en apothekers, 50 artsen van ieder van drie geselecteerde specialismen en 35 ziekenhuizen. De wijze van steekproeftrekking was afhankelijk van de beschikbaarheid van gegevens voor iedere beroepsgroep. Vandaar dat ze hieronder afzonderlijk zullen worden besproken.

2.1.1 Huisartsen

Voor de steekproef van de huisartsen is gebruik gemaakt van het NIVEL-huisartsenbestand met alle in Nederland praktiserende huisartsen (Harmsen en Hingstman, 1996). Hieruit zijn alleen zelfstandig gevestigde huisartsen geselecteerd die niet apotheekhoudend waren. Dit laatste was van belang om de groep respondenten zo homogeen mogelijk te maken. Ook mochten er geen huisartsen in de steekproef zitten die in dezelfde praktijk werkzaam waren.
De eerste aselecte steekproef van 100 huisartsen heeft in december 1997 een brief ontvangen waarin hen om medewerking aan het onderzoek werd gevraagd en werd medegedeeld dat zij door een medewerker van het NIVEL telefonisch zouden worden benaderd. Deze brief was vergezeld van een aanbevelingsbrief van de LHV om aan het onderzoek mee te doen. Van deze 100 hebben er 57 aan het onderzoek meegewerkt. Vandaar dat een aanvullende steekproef van 80 huisartsen is getrokken. Van hen zijn er 43 geënquêteerd. Zo komt het aantal respondenten precies op 100.

2.1.2 Apothekers

De KNMP heeft de aselecte steekproef uit haar ledenbestand zelf verzorgd. Tevens heeft het hoofdbestuur een aanbevelingsbrief geschreven waarin de apothekers worden

opgeroepen aan het onderzoek deel te nemen.
De eerste 100 apothekers zijn begin januari 1998 benaderd. In een brief is men op de hoogte gesteld van het onderzoek en is vermeld dat een medewerker van het NIVEL telefonisch contact opneemt. De respons lag hoog (89%), vandaar dat kon worden volstaan met een tweede steekproef van 20 apothekers. Deze zijn eind januari geïnterviewd. Het totale aantal respondenten is 108.

2.1.3 Specialisten

Het onderzoek is beperkt tot een drietal medisch specialismen: algemene heelkunde/ chirurgie, KNO-heelkunde en interne geneeskunde. Dit zijn, volgens de gegevens uit de eerste Nationale Studie (Foets en Van der Velden, 1990), de specialismen met de meeste eerste verwijzingen van huisartsen en zij zijn het meest betrokken bij dagbehandeling (Jaarboek Ziekenhuizen, SIG, 1991). Dit laatste is van belang omdat er dan sprake kan zijn van substitutie (bijvoorbeeld van poliklinische behandelingen naar dagbehandeling[1]).
Om de situatie waarin de artsen werken zoveel mogelijk constant te houden, is de onderzoekspopulatie beperkt tot specialisten die werkzaam zijn in algemene ziekenhuizen. Dat wil zeggen dat academische en categoriale ziekenhuizen buiten beschouwing zijn gelaten.
Er moet gewezen worden op het verschil tussen een ziekenhuis en een locatie. Ten gevolge van fusies komt het steeds vaker voor dat één ziekenhuis (de fusie-combinatie) meerdere lokaties heeft (de vroegere fusiepartners). Dit betekent dat het ziekenhuis zelf centraal wordt geleid, maar dat het werkgebied van de maatschappen van specialisten vaak beperkt is tot één locatie. Wanneer dezelfde groep artsen op meerdere lokaties binnen een ziekenhuis werken is er maar één in het steekproefbestand opgenomen. In verband met de geografische spreiding is besloten om per locatie niet meer dan één respondent te selecteren.
Tenslotte zijn alle artsen die nog in opleiding zijn uit het steekproefkader gehaald.

Chirurgen
Met behulp van het jaarboek 1996/1997 van de Nederlandse vereniging voor heelkunde (situatie per 1-1-1997) zijn eerst 50 van de 120 lokaties ad random geselecteerd. Daarna is per locatie aselect een arts gekozen die, begin december 1997, schriftelijk is benaderd. Bij de betreffende brief is een aanbevelingsbrief toegevoegd van de beroepsvereniging. Van deze eerste steekproef hebben 44 artsen meegewerkt. Besloten is om nog een extra steekproef van 10 artsen te benaderen. Daarvan werden er 7 geïnterviewd en dat brengt de totale respons op 51.

KNO-artsen
Zoals vermeld wilde het hoofdbestuur van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied niet aan het onderzoek meewerken. Vandaar dat de respondenten via het geneeskundig adresboek zijn geselecteerd. Er is eerst een steekproef op locatie-niveau getrokken en daarna per locatie één arts. Van de eerste 50 hebben 31 meegewerkt. Besloten is om nog 50 artsen extra te benaderen. Uiteindelijk zijn er 62 KNO-artsen geïnterviewd.

Internisten
De Nederlandsche Internisten Vereeniging (NIV) heeft de steekproeftrekking verzorgd uit haar ledenbestand van praktiserende internisten. Daarbij is dezelfde selectiemethode

[1] De eigen bijdrage van ƒ 8,00 voor een dagopname is namelijk inclusief specialistische verrichtingen

gehanteerd als hierboven is beschreven.
De eerste 50 internisten hebben begin december 1997 een brief, vergezeld van een aanbevelingsbrief van de beroepsvereniging, ontvangen waarin hen om medewerking aan het onderzoek is gevraagd. Daarna zijn zij telefonisch benaderd door één van de NIVEL-medewerkers. Dit leverde een respons op van 30 internisten. Vandaar dat is besloten om nog een tweede steekproef van 50 artsen te benaderen. De totale netto-respons is 52.

2.1.4 Hoofden patiëntenadministratie ziekenhuizen

Om inzicht te krijgen in hoeverre ziekenhuizen op de hoogte zijn van de AEB-regeling en worden geconfronteerd met opmerkingen en vragen van patiënten, zijn de hoofden van de patiëntenadministraties geënquêteerd. Zij zijn vaak het aanspreekpunt bij problemen of onduidelijkheden van patiënten en leken daarom de meest aangewezen respondenten in de ziekenhuis-organisatie.
Er is een aselecte steekproef van 35 getrokken uit het totale bestand van 104 Nederlandse algemene ziekenhuizen. Aangezien de namen van de hoofden van de patiëntenadministratie niet bekend waren, is eind november 1997 een brief naar het directie-secretariaat gestuurd met de vraag wie voor het interview moest worden benaderd. Medewerkers van het NIVEL hebben de directie-secretariaten gebeld en vervolgens de genoemde personen benaderd voor een interview. Zij hebben allemaal aan het onderzoek meegewerkt.

2.2 Respons

In de onderstaande tabel zijn de respons-cijfers per categorie zorgaanbieder weergegeven. De respons lag het hoogst bij de apothekers, chirurgen en de hoofden van de patiëntenadministratie van algemene ziekenhuizen. Bij huisartsen, internisten en KNO-artsen lag het respons-percentage wat lager en dat betekende dat de totale steekproef die moest worden getrokken wat groter was om toch het vantevoren vastgestelde aantal respondenten te bereiken. De meest genoemde redenen om niet aan het onderzoek mee te werken waren tijdgebrek en dat men al te vaak aan een enquête heeft meegewerkt. Ook wilden enkele aanbieders van zorg niet meewerken omdat men tegen de AEB-regeling was of niet geïnteresseerd waren in het onderwerp.

Tabel 2.1 Respons-cijfers telefonische enquête onder aanbieders van zorg

	steekproefkader	steekproef 1	steekproef 2	totaal
huisartsen	NIVEL-registratie	57 (57%)	43 (54%)	100 (56%)
	(n=6300)[1]	100	80	180
apotheken	KNMP-bestand	89 (89%)	19 (90%)	108 (90%)
	(n=2380)	100	20	120
chirurgen	NVH-bestand	44 (88%)	7 (70%)	51 (85%)
	(n=575)[2]	50	10	60
KNO-artsen	Geneeskundig adresboek	31 (62%)	31 (62%)	62 (62%)
	(n=305)[2]	50	50	100
internisten	NIV-bestand	30 (60%)	21 (42%)	51 (51%)
	(n=850)[2]	50	50	100
hoofd patiëntenadministratie ziekenhuizen	NZI-bestand	35 (100%)	--	35 (100%)
	(n=104)[2]	35		35

[1] zelfstandig gevestigd en niet apotheekhoudend
[2] werkzaam in algemene ziekenhuizen

2.3 Non-respons

Alleen voor de huisartsen kon een non-respons-analyse worden uitgevoerd. Hieruit bleek dat degenen die aan het onderzoek hebben meegewerkt niet significant verschilden van de weigeraars wat betreft leeftijd, geslacht, praktijkvorm en urbanisatiegraad. Voor de andere respondenten ontbraken de benodigde gegevens om een dergelijke analyse te verrichten. Daardoor is niet bekend in hoeverre zij een afspiegeling vormen van de onderzoekspopulatie met betrekking tot enkele achtergrondskenmerken zoals leeftijd, geslacht en urbanisatiegraad van de plaats van vestiging. We gaan er echter vanuit dat dergelijke aspecten nauwelijks gerelateerd zijn aan de kennis van, ervaringen met en opvattingen over de Algemene Eigen-Bijdrageregeling[1]. Tevens vormden de meest genoemde redenen om niet aan het onderzoek mee te doen, tijdgebrek en 'enquête-moeheid', geen aanleiding om de representativiteit in twijfel te trekken.

2.4 De interviews

Voor ieder van de vier centrale aanbieders van zorg zijn verschillende vragenlijsten gebruikt in de telefonische interviews. Een aantal vragen was relevant voor alle respondenten zoals de bekendheid met de AEB-regeling, het aantal keren dat men met vragen en opmerkingen van patiënten is geconfronteerd, en het declaratieverkeer met de ziekenfondsen. Andere vragen, met name die over de invloed van de AEB-regeling op de behandeling, waren alleen van toepassing voor artsen omdat die een behandeling voorschrijven. Dit betekende concreet dat de vragenlijst voor de hoofden van de patiëntenadministraties het minst aantal vragen bevatte. Het is dan ook logisch dat deze interviews gemiddeld het kortst duurden (ongeveer 12 minuten). De gemiddelde gespreksduur bij de andere beroepsgroepen was 16 minuten.

---

1 Deze aanname wordt bevestigd door de analyses onder de huisartsen. De enige samenhang die statistisch significant bleek, was dat oudere huisartsen aangaven dat ze in sterkere mate rekening hielden met de eigen bijdrage die ziekenfondspatiënten moeten betalen dan jongere huisartsen. Zij zouden met name in verband met de AEB-regeling minder snel een ziekenfondspatiënt naar een paramedicus verwijzen.

3 KENNIS OVER DE AEB-REGELING

In dit hoofdstuk wordt nagegaan wat de aanbieders van zorg weten over de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden die per 1 januari 1997 in Nederland is ingevoerd. Daarbij gaat het om twee aspecten. Ten eerste of zij weten hoeveel ziekenfondsverzekerden zelf voor een aantal vormen van medische zorg moeten betalen. Ten tweede of zij weten dat de algemene eigen-bijdrage tot een bepaald maximum per jaar moet worden betaald en hoe hoog dat maximum is.

3.1 Bijdragen voor verschillende vormen van medische zorg

Aan de respondenten is gevraagd aan te geven of ziekenfondsverzekerden een algemene eigen-bijdrage moeten betalen voor bepaalde vormen van medische zorg. De onderstaande tabel laat de resultaten zien, uitgesplitst naar de soort aanbieder van zorg. Het percentage juiste antwoorden is steeds vet gedrukt.

Tabel 3.1 Moet een ziekenfondsverzekerde een algemene eigen-bijdrage over de volgende vormen van medische zorg betalen? (percentages van het totaal)[1]

	huisartsen (n=100)		apothekers (n=108)		ziekenhuizen (n=35)	
	ja	nee	ja	nee	ja	nee
geneesmiddelen bij de apotheek	**85.0%**	5.0%	**88.9%**	11.1%	**48.6%**	34.3%
bezoek aan de huisarts	2.0	**97.0**	4.6	**86.1**	14.3	**68.6**
poliklinisch bezoek aan specialist	**57.0**	34.0	**59.3**	19.4	**45.7**	42.9
paramedische hulp	**65.0**	23.0	**67.6**	15.7	**60.0**	22.9
laboratorium-, röntgenverrichtingen	19.0	**70.0**	14.8	**42.6**	20.0	**65.7**
ziekenhuisopname	**47.0**	44.0	**42.6**	39.8	**71.4**	25.7
dagverpleging	**31.0**	42.0	**23.1**	32.4	**37.1**	48.6

1 De gepresenteerde percentages tellen niet in alle gevallen op tot 100%. Het resterend percentage respondenten gaf aan dat ze niet wisten of er een eigen bijdrage moet worden betaald

Tabel 3.1 Vervolg

	chirurg (n=51)		KNO-arts (n=62)		internist (n=51)	
	ja	nee	ja	nee	ja	nee
geneesmiddelen bij de apotheek	**52.9%**	19.6%	**64.5%**	21.0%	**66.7%**	29.4%
bezoek aan de huisarts	21.6	**58.8**	12.9	**71.0**	17.6	**72.5**
poliklinisch bezoek aan specialist	**37.3**	49.0	**61.3**	32.3	**51.0**	41.2
paramedische hulp	**52.9**	21.6	**56.5**	14.5	**70.6**	15.7
laboratorium-, röntgenverrichtingen	13.7	**68.6**	19.4	**67.7**	5.9	**84.3**
ziekenhuisopname	**25.5**	64.7	**35.5**	54.8	**31.4**	60.8
dagverpleging	**21.6**	62.7	**24.2**	62.9	**11.8**	70.6

Deze eerste tabel bevestigt het vermoeden dat veel aanbieders van zorg nog onvoldoende op de hoogte zijn van de verschillende aspecten van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden. Een meerderheid weet wel dat er een eigen bijdrage moet worden betaald voor geneesmiddelen en paramedische zorg. Ook is over het algemeen bekend dat voor huisartsbezoek en diagnostische verrichtingen geen eigen bijdrage hoeft te worden betaald.
Wat betreft de medische zorg die in de tweedelijn wordt genoten ligt het percentage juiste antwoorden een stuk lager. Een kleine meerderheid weet dat voor bezoek aan de polikliniek moet worden betaald, maar bij een ziekenhuisopname (voor langere duur of dagopname) weet slechts een minderheid dat een ziekenfondspatiënt zelf een bedrag moet betalen. Alleen de hoofden van de patiëntenadministratie van de algemene ziekenhuizen scoren hierbij hoger. Hierbij moet echter worden vermeld dat maar weinigen van hen wisten dat ook patiënten in dagverpleging *f* 8,00 moeten betalen.
In het algemeen kan worden gesteld dat de huisartsen het best op de hoogte zijn van de verschillende facetten van de regeling, gevolgd door de apothekers. De specialisten scoren over de gehele linie lager zelfs bij onderwerpen waar zij direct mee te maken hebben zoals poliklinische bezoek, ziekenhuisopname en dagverpleging. De hoofden van de patiëntenadministratie weten het beste dat er voor ziekenhuisopnamen moet worden betaald, maar ook bij hen is maar een klein aantal ervan op de hoogte dat patiënten ook voor dagbehandeling een eigen bijdrage moeten betalen.

Tabel 3.2 laat zien dat een zeer klein gedeelte van de respondenten die wisten dat ziekenfondsverzekerden voor een voorziening moeten betalen, ook precies kon aangeven hoe hoog de eigen bijdrage is. Ook hier blijkt weer dat huisartsen en apothekers beter op de hoogte waren dan de vertegenwoordigers van de andere beroepsgroepen. Veel respondenten gaven aan dat men op de vraag geen antwoord kon geven of noemden alleen het maximum van *f* 100,00 en/of *f* 200,00. Ook bleek dat sommige aanbieders van zorg de AEB-regeling verwarden met andere bijbetalingsregelingen zoals het GVS (Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem) of de beperkende maatregel fysiotherapie (slechts 9 zittingen worden vergoed). Opmerkelijk was verder dat een aanzienlijk aantal antwoorden refereerden naar eerdere maatregelen die inmiddels al weer zijn afgeschaft. De zogenaamde 'medicijn-knaak' (tussen 1981 en 1983 ingevoerd) werd slechts een enkele keer genoemd, het 'specialisten-geeltje' (tussen 1988 en 1990 van toepassing) kwam daarentegen veel vaker voor: in totaal 48 maal. Vooral de medisch specialisten die zeiden te weten dat een ziekenfondsverzekerde voor een bezoek aan de polikliniek moet bijbetalen noemde relatief vaak het bedrag van *f* 25,00.

Tabel 3.2 Juiste percentage/bedrag genoemd: aantal (percentage van het aantal respondenten dat wist dat er moet worden bijbetaald)

	huisarts		apotheker		ziekenhuis	
geneesmiddelen bij de apotheek (20%)	7	(8.2)	41	(42.7)	2	(11.8)
poliklinisch bezoek aan specialist (20%)	8	(14.0)	12	(18.8)	5	(31.3)
paramedische hulp (20%)	9	(13.8)	15	(20.5)	3	(14.3)
ziekenhuisopname (*f* 8,00)	13	(27.7)	9	(19.6)	16	(64.0)
dagverpleging (*f* 8,00)	6	(10.4)	0	(0.0)	7	(53.8)

Tabel 3.2 Vervolg

	chirurg	KNO-arts	internist
geneesmiddelen bij de apotheek (20%)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (2.9)
poliklinisch bezoek aan specialist (20%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
paramedische hulp (20%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
ziekenhuisopname (*f* 8,00)	2 (15.4)	3 (13.6)	2 (12.5)
dagverpleging (*f* 8,00)	1 (9.1)	1 (6.7)	2 (33.3)

Naast de bovengenoemde foutieve antwoorden, dachten met name huisartsen regelmatig dat ziekenfondsverzekerden 10% in plaats van 20% van de kosten zelf moet betalen.

Op basis van deze uitkomsten kan worden geconcludeerd dat de aanbieders van zorg nauwelijks op de hoogte waren van de concrete inhoud van de AEB-regeling. Zelfs van degenen die wisten dat er voor bepaalde voorzieningen een bijdrage moet worden betaald, kon maar een zeer klein gedeelte het juiste percentage of bedrag noemen.

3.2 Het jaarlijks maximum

De meeste aanbieders van zorg wisten wel dat er een jaarlijks maximum geldt voor de algemene eigen-bijdrage die moeten worden betaald. Daarbij kwam weer naar voren dat de huisartsen en apothekers (respectievelijk 96% en 99%) iets beter op de hoogte waren dan de anderen. De chirurgen scoorden relatief het slechts (69%), gevolgd door de KNO-artsen (81%), de hoofden van de patiëntenadministratie (89%) en de internisten (92%). Uit de onderstaande tabel blijkt dat de meeste respondenten een maximum bedrag van *f* 200,00 noemden of wisten dat er twee maxima worden gehanteerd, namelijk *f* 100,00 of *f* 200,00. Dit verschil werd regelmatig toegeschreven aan de leeftijd van de verzekerden (jonger of ouder dan 65 jaar) of het verschil tussen alleenstaanden (*f* 100,00) en gezinnen (*f* 200,00).

Tabel 3.3 Genoemde jaarlijks maximum (percentage van het aantal respondenten dat wist dat er een jaarlijks maximum geldt)

	huisarts (n=96)	apotheker (n=107)	ziekenhuis (n=31)
f 100	5.2%	1.0%	12.9%
f 200	49.0	53.3	64.5
f 100 of *f* 200 29.2	41.1	9.7	
anders	8.3	2.7	12.9
weet niet	8.3	1.9	0.0

Tabel 3.3 Vervolg

	chirurg (n=35)	KNO-arts (n=50)	internist (n=47)
f 100	5.7%	6.0%	14.9%
f 200	42.9	58.0	38.3
f 100 of *f* 200	8.6	12.0	17.0
anders	19.1	6.0	19.2
weet niet	22.9	8.0	10.6

3.3 Conclusie

Uit de telefonische enquête onder de aanbieders van zorg, blijkt dat de meeste respondenten wel op de hoogte waren van het bestaan en de globale inhoud van de regeling. Over meer gedetailleerde aspecten, zoals de hoogte van de bijbetaling, was veel minder bekend. Wat opvalt is dat er vooral veel onduidelijkheid en verwarring bestaat met betrekking tot zorg die in de tweede lijn wordt genoten (poliklinisch bezoek aan specialist en ziekenhuisopname). Ook komt duidelijk naar voren dat huisartsen en apothekers in de regel beter op de hoogte zijn van de regeling dan specialisten en de hoofden van de patiëntenadministratie van de ziekenhuizen.

4 ERVARINGEN IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

In dit hoofdstuk komen de ervaringen van de aanbieders van zorg met de AEB-regeling in de dagelijkse praktijk aan bod. Daarbij gaat het om een drietal onderwerpen. Ten eerste in hoeverre zij worden geconfronteerd met vragen en/of opmerkingen van patiënten over de regeling. Ten tweede, of de regeling tot problemen heeft geleid in het declaratieverkeer met de ziekenfondsen. Ten derde de effecten die de aanbieders van zorg zien, zowel het beoogde consumptie-remmend effect als mogelijke uit-/afstel van de consumptie van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt had moeten worden ingeroepen.

4.1 Vragen en opmerkingen over de AEB-regeling

Aan de respondenten is gevraagd een schatting te geven van het aantal keren per week dat zij (of hun medewerkers/assistenten) vragen en/of opmerkingen van patiënten krijgen over de AEB-regeling. Ook hierbij zijn weer duidelijke verschillen tussen de beroepsgroepen gevonden (zie tabel 4.1).

Tabel 4.1 Schatting van het aantal keren dat een aanbieder van zorg per week wordt geconfronteerd met vragen en/of opmerkingen van ziekenfondsverzekerden over de AEB-regeling (percentages van het totaal)

	huisarts (n=100)	apotheker (n=108)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)	ziekenhuis (n=35)
nooit	43.0	10.2	84.3	71.0	74.5	25.7
1 - 5 keer	40.0	62.0	13.2	24.2	19.6	42.9
6 - 10 keer	6.0	14.8	0.0	1.6	0.0	17.1
11 - 25 keer	6.0	6.5	0.0	0.0	0.0	2.9
> 25 keer	3.0	4.6	0.0	0.0	0.0	0.0
onbekend	2.0	1.9	2.0	3.2	5.9	11.4
gemiddeld	4.7	6.5	0.2	0.7	0.3	3.6

De specialisten gaven over het algemeen aan niet of nauwelijks geconfronteerd te worden met opmerkingen en/of vragen. Bij de huisartsen is sprake van twee ongeveer gelijke groepen: de ene groep zei nooit vragen en/of opmerkingen van patiënten te krijgen, terwijl dat volgens de andere weleens ter sprake werd gebracht. Ook de meeste patiëntenadministraties van algemene ziekenhuizen werden, volgens de hoofden, door patiënten benaderd in verband met de AEB-regeling. De apothekers schatten het aantal vragen en opmerkingen dat zij ontvingen het hoogst in. Hierbij moet worden opgemerkt dat huisartsen en apothekers waarschijnlijk meer patiënten te zien krijgen, waardoor deze cijfers niet zonder meer te vergelijken zijn. Tevens moet er rekening mee worden gehouden dat het hier gaat om globale schattingen van de respondenten.

In de volgende tabel zijn de onderwerpen vermeld waarop de vragen en opmerkingen van de patiënten betrekking hadden. De specialisten zijn buiten beschouwing gelaten omdat maar een zeer klein gedeelte van hen met dergelijke vragen en/of opmerkingen is geconfronteerd. Dit betrof met name vragen over het bedrag dat de patiënt zelf voor de behandeling door de specialist moet betalen en reacties op eerdere declaraties naar aanleiding van de nota die door het ziekenfonds is verzonden.

Tabel 4.2 Soort vragen en opmerkingen van patiënten over de AEB-regeling waarmee de aanbieders van zorg zijn geconfronteerd (in percentages van het aantal aanbieders van zorg dat aangaf vragen en/of opmerkingen te hebben gekregen, er waren meerdere antwoorden mogelijk)

	huisarts (n=55)	apotheker (n=98)	ziekenhuis (n=26)
algemene inhoud regeling	54.5%	49.5%	18.2%
te betalen bijdrage voor voorgestelde behandeling	52.7	n.v.t	n.v.t
vragen om goedkopere alternatieven	25.5	14.4	n.v.t
nota van het ziekenfonds	50.9	96.9	63.6
onvrede over (uitvoering) regeling	20.0	15.5	0.0

De groep huisartsen die reacties van patiënten rapporteerde (ongeveer de helft van het totaal) en apothekers werden vooral benaderd met algemene vragen of opmerkingen over de regeling. De apothekers en patiëntenadministratie van de ziekenhuizen kregen vooral reacties naar aanleiding van de nota's voor de AEB die door het ziekenfonds waren verzonden naar de patiënten. Enkele hoofden van de patiëntenadministratie noemden hierbij de betaling rond een bevalling in het ziekenhuis als concreet voorbeeld. Volgens de apothekers werd veel onduidelijkheid en verwarring vooral veroorzaakt doordat patiënten het onderscheid tussen het GVS en de AEB-regeling niet begrepen. Men belde bijvoorbeeld met de apotheek met de mededeling dat de eigen bijdrage toch al direct bij het afhalen van het medicijn was betaald.

Het is denkbaar dat de zorgverlener zelf de eigen bijdrage die een patiënt voor een bepaalde behandeling moet betalen in een consult ter sprake brengt. Uit tabel 4.3 blijkt echter dat de meerderheid van de respondenten aangaf dat zij dat in de praktijk niet doen. Wederom is er een duidelijk verschil tussen huisartsen en apothekers aan de ene kant en de specialisten aan de andere kant. Een hoger percentage van de eerste groep antwoordde dat men de eigen bijdrage die een patiënt moet betalen weleens in een consult ter sprake brengt. Binnen de drie medisch specialismen gaven de KNO-artsen relatief het vaakst aan dat men de patiënt hierover weleens informeerde.

Tabel 4.3 In hoeverre brengt u zelf de eigen bijdrage die verbonden is aan uw behandeling in een consult ter sprake[1]? (percentages van het totaal)

	huisarts (n=100)	apotheker[2] (n=108)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)
altijd	3.0%	2.8%	0.0%	0.0%	3.9%
vaak	6.0	1.9	0.0	3.2	2.0
regelmatig	7.0	6.5	2.0	6.5	0.0
soms	20.0	23.1	3.9	11.3	3.9
nooit	63.0	65.7	94.1	79.0	90.2

1 deze vraag is niet relevant voor de hoofden van de patiëntenadministraties

2 iets afwijkende vraagstelling, namelijk: In hoeverre brengt u zelf de algemene eigenbijdrage die de patiënt voor het geneesmiddel moet betalen ter sprake?

Op de vraag waarom men de eigen bijdrage zelf niet ter sprake brengt, antwoordden de meeste aanbieders van zorg dat dat niet tot hun taak of verantwoordelijkheid behoort. Een meerderheid zei, in het verlengde hiervan, dat financiële overwegingen geen enkele rol mogen spelen in een consult met een patiënt. Daarnaast noemde men nog dat men er

nooit aan gedacht had om dit aspect met hun patiënten te bespreken of dat men onvoldoende van de inhoud van de regeling op de hoogte was. Dit laatste aspect wordt bevestigd doordat dat de artsen die beter op de hoogte waren van de regeling, vaker zeiden dat ze zelf de eigen bijdrage in een consult ter sprake brachten.[1]

4.2 AEB en het declaratie-verkeer met ziekenfondsen

Zoals vermeld in het eerste hoofdstuk, worden de bijdragen die aan de patiënten worden opgelegd berekend op basis van de declaraties die de aanbieders van zorg bij de ziekenfondsen indienen. Volgens de ziekenfondsen, die in het kader van deze evaluatie zijn geïnterviewd, betekende dit dat bepaalde aanbieders van zorg hun manier van declareren soms hebben moeten aanpassen (Hutten e.a., 1997; Ros e.a., 1998).

Tabel 4.4 Heeft u uw declaratieverkeer met het ziekenfonds moeten aanpassen in verband met de AEB-regeling? (percentages van het totaal)

	apotheker (n=108)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)	ziekenhuis (n=35)
nee	89.8%	88.2%	95.2%	86.3%	80.0%
sneller declareren	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
anders declareren	9.3	3.9	0.0	0.0	17.1
weet niet	0.9	7.9	4.8	13.7	2.9

Uit tabel 4.4. blijkt dat er, volgens de aanbieders van zorg, nauwelijks iets veranderd is in het declaratieverkeer met de ziekenfondsen. Sommige apothekers en hoofden van de patiëntenadministratie van algemene ziekenhuizen rapporteerden enkele kleine aanpassingen.

Een positief aspect van de invoering van de AEB-regeling, dat onder andere door de ziekenfondsen is genoemd (Hutten e.a., 1997; Ros e.a., 1998), is dat het nu mogelijk is voor de ziekenfondsverzekerden om declaraties van aanbieders van zorg te checken. Het kan daarom zijn dat ziekenfondsen vaker contact opnemen met aanbieders van zorg in verband met onduidelijkheden in de declaraties. De volgende tabel laat zien hoeveel respondenten hiermee zijn geconfronteerd. Vanzelfsprekend is deze vraag niet aan de huisartsen gesteld omdat die via een abonnementssysteem voor hun ziekenfondsverzekerden worden betaald.

In het algemeen zijn de aanbieders van zorg niet vaak geconfronteerd met vragen en/of opmerkingen van de ziekenfondsen met betrekking tot hun declaraties. Een klein aantal gaf wel aan de contacten met het ziekenfonds over declaraties te maken hadden met de AEB-regeling. Er moet echter worden opgemerkt dat niet gevraagd is om het aantal declaraties waarover het ging. Op basis van deze gegevens kan niet worden verwacht dat de regeling ertoe zal bijdragen dat op grote schaal foutieve declaraties zullen worden opgespoord.

[1] Van de artsen met een lage score (3 of minder goede antwoorden) op de 7 kennisvragen bracht 11% het wel eens ter sprake, van de artsen met hogere score is dat 28%.

Tabel 4.5 Percentage respondenten dat zegt de afgelopen tijd contact te hebben gehad met een ziekenfonds in verband met onduidelijkheden in declaraties

	ja aantal (percentage van het totaal)		had te maken met AEB-regeling aantal (percentage van respondenten met contact)	
apothekers	39	(36.1)	22	(56.4)
chirurgen	5	(9.8)	2	(40.0)
KNO-artsen	2	(3.2)	1	(50.0)
internisten	5	(9.8)	3	(60.0)
ziekenhuizen	14	(40.0)	13	(92.9)

4.3 Ervaren effecten van de AEB-regeling voor de zorgconsumptie

Eén van de doelstellingen van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden is de vermindering van de zorgconsumptie. In volgende deelonderzoeken van deze evaluatie-studie zal worden nagegaan of deze doelstelling in de praktijk is bereikt. In het onderhavig onderzoek is, als een eerste aanzet, aan de aanbieders van zorg gevraagd of men van mening was dat ziekenfondspatiënten in 1997 minder zorg hebben geconsumeerd ten gevolge van de AEB-regeling. Als dergelijke effecten namelijk in sterke mate optreden zouden zij immers ook door de aanbieders van zorg in de dagelijkse praktijk kunnen worden waargenomen.

Tabel 4.6 Effect van AEB-regeling op de zorgconsumptie van ziekenfondspatiënten in 1997, volgens de aanbieders van zorg (percentages van he totaal)

	huisarts (n=100)	apotheker (n=108)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)
minder:					
zorgconsumptie in het algemeen	8.0%	9.3%	2.0%	4.8%	3.9%
huisartsbezoek	2.0	0.0	0.0	1.6	3.9
geneesmiddelenconsumptie	4.0	6.5	2.0	1.6	3.9
verwijzingen specialist	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0
verwijzingen paramedici	4.0	0.9	0.0	1.6	2.0
ziekenhuisopname	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0
poliklinische behandeling	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
dagbehandelingen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

De resultaten, weergegeven in tabel 4.6, laten zien dat het grootste deel van de ondervraagde aanbieders van zorg van mening was dat de regeling op geen enkele manier tot vermindering van zorgconsumptie heeft geleid. Huisartsen en apothekers antwoordden wat vaker dat zij de indruk hadden dat ziekenfondsverzekerden minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg omdat zij in 1997 een deel van de kosten zelf moeten bijbetalen. Geneesmiddelenconsumptie en verwijzingen naar paramedici werden in dit verband het meest genoemd. Effecten op ziekenhuisopname en poliklinische en dagbehandeling werden, door de aanbieders van zorg, in het geheel niet waargenomen.

Een mogelijk gevaar van de invoering van een eigen-bijdrageregeling is dat verzekerden zorg uit- of afstellen die vanuit zorginhoudelijk oogpunt noodzakelijk is. Aan de respondenten is de stelling voorgelegd dat de AEB-regeling tot een dergelijk resultaat heeft geleid. In onderstaande tabel zijn de reacties weergegeven. Een meerderheid gaf aan het oneens

te zijn met de uitspraak. De huisartsen en chirurgen waren het minst met de stelling eens; bij de andere lag dit percentage wat hoger (tussen 13 en 18%).

Tabel 4.7 Reactie op de stelling 'De AEB-regeling voor ziekenfondspatiënten heeft ertoe geleid dat de consumptie van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt had moeten worden ingeroepen, wordt uit- of afgesteld' (percentages over totaal)

	(helemaal) mee eens	neutraal	(helemaal) mee oneens
huisarts (n=100)	6.0	9.0	77.0
apotheker (n=108)	15.7	9.3	72.2
chirurg (n=51)	7.8	13.7	64.7
KNO-arts (n=62)	12.9	11.3	66.1
internist (n=51)	17.6	7.8	72.5

Overigens moet worden opgemerkt dat in absolute zin toch een redelijk aantal van 44 aanbieders van zorg aangaf dat de AEB-regeling tot uit- of afstel van noodzakelijke zorg leidt. Het is dan ook van groot belang dat er in de totale evaluatie van deze beleidsmaatregel specifiek aandacht aan deze onbedoelde gevolgen wordt besteed.

4.4 Conclusie

Hoewel de uitvoering van de AEB-regeling in principe een zaak is tussen de ziekenfondsen en hun verzekerden, blijkt uit deze studie dat een aantal aanbieders van zorg toch in de dagelijkse praktijk met vragen en/of opmerkingen van patiënten over deze regeling wordt geconfronteerd. Dit zijn met name de apothekers, huisartsen en hoofden van de patiëntenadministratie van algemene ziekenhuizen. Voor de drie soorten medisch specialisten, chirurgen, KNO-artsen en internisten, speelt dit nauwelijks. Veel vragen hadden betrekking op de concrete nota's voor de AEB die de ziekenfondsen naar de patiënten hadden gezonden. Hetzelfde beeld kwam ook naar voren in de interviews met vertegenwoordigers van de ziekenfondsen die in het kader van deze evaluatie-studie zijn gehouden (Hutten e.a., 1997; Ros e.a., 1998).
Volgens de geïnterviewde aanbieders van zorg heeft de invoering van de AEB-regeling niet geleid tot grote veranderingen in het declaratieverkeer tussen zorgaanbieders en de ziekenfondsen of dat op grote schaal onduidelijkheden in de declaraties opgespoord zijn. Over de effecten van de maatregel, in termen van consumptievermindering, kan op basis van het materiaal uit dit onderzoek slechts een speculatieve conclusie worden getrokken. Volgens de meeste aanbieders van zorg heeft de AEB-regeling geen enkel consumptieremmend effect gehad in 1997. Het betreft hier slechts de globale visie van een groep aanbieders van zorg. In andere deelonderzoeken van deze evaluatie-studie zal dit, op basis van andere gegevens zoals verwijs- en voorschrijfcijfers uit de huisartspraktijk, expliciter worden bestudeerd. Dat geldt ook voor de mogelijk onbedoelde gevolgen van de maatregel, namelijk dat mensen zorg uit- of afstellen die volgens de zorgaanbieders wel had moeten worden ingeroepen. Hoewel een relatief kleine groep respondenten aangaf dat dit voorkomt is dit dermate belangrijk dat hier rekening mee moet worden gehouden.

5 INVLOED VAN AEB-REGELING OP DE BEHANDELING

De derde onderzoeksvraag wordt in dit hoofdstuk beantwoord. Deze luidt: In hoeverre beïnvloedt de AEB-regeling, volgens de aanbieders van zorg, hun eigen medisch handelen in de praktijk, zoals het voorschrijven van medicatie, verwijzen, poliklinische of klinische behandeling. Dit onderwerp is op twee manieren in het interview aan bod gekomen. Ten eerste is een algemene vraag gesteld of men bij de behandeling rekening houdt met de eigen bijdrage die de patiënten moeten betalen. Ten tweede is een aantal uitspraken voorgelegd waarbij moest worden aangegeven in hoeverre men het er mee eens of oneens was. Deze vragen zijn alleen gesteld aan de artsen omdat zij daadwerkelijk een behandeling kunnen voorschrijven. Aan de apothekers is een andere vraag gesteld. Vandaar dat deze in een afzonderlijke paragraaf zullen worden behandeld.

5.1 Huisartsen en specialisten

Een belangrijke voorwaarde waaraan moet worden voldaan wil men überhaupt rekening kunnen houden met de eigen bijdrage is dat men moet weten hoe de maatregel in elkaar zit. In hoofdstuk 4 is reeds geconcludeerd dat de aanbieders van zorg wel globaal op de hoogte waren van de AEB-regeling maar niet in detail. Het is dan ook op voorhand te verwachten dat hun medisch handelen niet in belangrijke mate door de maatregel zal worden beïnvloed. Naast algemene informatie over de eigen bijdrage die moeten worden betaald, geldt dat een zorgverlener ook moet weten of de betreffende patiënt een eigen bijdrage moet betalen. Uit dit onderzoek blijkt dat men dit vaak niet weet (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Weet u, over het algemeen, als een patiënt bij u komt of deze een algemene eigen-bijdrage verschuldigd is en hoe hoog zijn of haar maximum is? (in percentages van het totaal)

	huisarts (n=100)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)
altijd	8.0%	5.9%	6.5%	0.0%
meestal wel	12.0	0.0	0.0	2.0
soms wel, soms niet	4.0	2.0	1.6	2.0
meestal niet	21.0	7.8	6.5	9.8
nooit	54.0	84.3	85.5	86.3

Dit kan betekenen dat, los van de vraag of men bereid is rekening te houden met de te betalen eigen bijdrage, dit meestal niet zal gebeuren omdat aanbieders van zorg niet over de benodigde kennis beschikken, zowel wat betreft de inhoud van de maatregel in het algemeen als de specifieke consequenties voor een individuele patiënt. Overigens was er een significante samenhang tussen de algemene kennis van de maatregel en het antwoord op de bovenstaande vraag ($r=0.21$ met $p<0.01$), met andere woorden artsen die meer weten over de regeling in het algemeen, zijn beter op de hoogte van de situatie van een individuele patiënt.

De antwoorden die de huisartsen en specialisten gaven op de algemene vraag of men rekening houdt met de eigen bijdrage die moet worden betaald, staan in de volgende tabel vermeld. Hoewel in alle beroepsgroepen een duidelijke meerderheid aangaf absoluut geen

rekening te houden met de eigen bijdrage die een patiënt moet betalen, is het toch opvallend dat een aanzienlijk deel van de respondenten dit niet volledig uitsloot. De percentages van de huisartsen, KNO-artsen en internisten zijn vergelijkbaar. De chirurgen wijken in dit verband af van de rest: 10% zei er, op enige wijze, rekening mee te houden.

Tabel 5.2 Houdt u bij uw behandeling rekening met de eigen bijdrage die ziekenfondspatiënten moeten betalen? (in percentages van totaal)

	huisarts (n=100)	chirurg (n=51)	KNO-arts (n=62)	internist (n=51)
ja, in principe wel	15.0%	0.0	14.5	11.8
dat hangt ervan af	9.0	7.8	16.1	5.9
alleen als de patiënt erom vraagt	9.0	2.0	6.5	13.7
nee, absoluut niet	66.0	90.2	62.9	68.6

In verband met de proces-evaluatie is het interessant om na te gaan in hoeverre de bovenstaande antwoorden samenhangen met de kennis van de aanbieders van zorg (in dit geval alleen de artsen). Uit de correlatie-coëfficiënten blijkt dat er een positief verband bestaat tussen de mate waarin ze op de hoogte zijn van de eigen bijdrage die een patiënt moet betalen en de mate waarin men er rekening mee houdt bij de behandeling ($r=0.22$ met $p<0.01$). Ook degenen die zelf vaker de AEB in een consult ter sprake zeiden te brengen, hielden er meer rekening mee ($r=0.43$ met $p< 0.01$). Tevens bleek dat de artsen die, in het algemeen, meer wisten over de regeling, vaker antwoordden dat ze er rekening mee hielden dan artsen die minder op de hoogte waren (32 versus 16%).

Met behulp van de voorgelegde stellingen is geprobeerd meer inzicht te krijgen welke aspecten van medische zorg, volgens de respondenten, worden beïnvloed door de AEB-regeling. In tabel 5.3a staan de antwoorden van de huisartsen vermeld.

Tabel 5.3a Mening van **huisartsen** over uitspraken met betrekking tot de invloed van de AEB-regeling op aspecten van medische zorg (in percentages, n=100)

	(helemaal) mee eens	neutraal	(helemaal) mee oneens
in verband met de AEB-regeling:			
- vraag ik minder snel diagnostisch onderzoek aan	0.0	0.0	99.0
- schrijf ik minder snel medicijnen voor	1.0	0.0	98.0
- schrijf ik vaker goedkopere medicijnen voor	11.0	4.0	84.0
- verwijs ik minder snel naar een paramedicus	7.0	1.0	91.0
- verwijs ik minder snel naar een specialist	1.0	0.0	98.0

Het is duidelijk dat, volgens de huisartsen, de AEB-regeling nauwelijks effecten heeft op hun medisch handelen. Alleen met betrekking tot het voorschrijven van medicijnen en het verwijzen naar een paramedicus, noemde een aantal huisartsen een beperkende invloed. Hetzelfde beeld komt naar voren in de antwoorden van de medisch specialisten (zie tabel 5.3b). De overgrote meerderheid zei dat geen enkel aspect van hun medisch handelen is beïnvloed door de AEB-regeling.

Tabel 5.3b Mening van **medisch specialisten** over uitspraken met betrekking tot de invloed van de AEB-regeling op aspecten van medische zorg (in percentages (helemaal) eens versus (helemaal) oneens)

	chirurgen (n=51)	KNO-artsen (n=62)	internisten (n=51)
in verband met de AEB-regeling:			
- vraag ik minder snel diagnostisch onderzoek aan	0.0 - 98.0	1.6 - 98.4	0.0 - 100.0
- schrijf ik minder snel medicijnen voor	0.0 - 98.0	1.6 - 98.4	4.0 - 96.0
- schrijf ik vaker goedkopere medicijnen voor	11.7 - 84.3	6.4 - 91.9	5.9 - 80.4
- verwijs ik minder snel naar een paramedicus	2.0 - 96.0	1.6 - 95.1	5.9 - 90.2
- kies ik eerder voor een dag- dan voor een poliklinische behandeling	0.0 - 96.0	1.6 - 96.7	2.0 - 96.0
- neem ik een patiënt minder snel op	0.0 - 98.0	0.0 - 100.0	0.0 - 100.0
- laat ik een patiënt voor een kortere periode opnemen	0.0 - 98.0	0.0 - 100.0	0.0 - 94.1
- consulteer ik minder snel een collega	0.0 - 98.0	1.6 - 98.4	0.0 - 100.0

5.2 Apothekers

Aangezien apothekers zelf geen behandeling indiceren, is aan hen een andere vraag gesteld, namelijk substitueert u vaker een spécialité door een generiek middel in verband met de AEB-regeling? Een meerderheid (75.9%) gaf aan van niet, 15.7% van de apothekers deed dit 'wat vaker dan vroeger' en 8.3% 'veel vaker dan vroeger'. Dit betekent dat volgens een kwart van de respondenten de AEB-regeling wel enige invloed heeft op het soort medicijn dat uiteindelijk aan de patiënt wordt verstrekt.

5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk is nagegaan welke invloed de AEB-regeling, volgens de aanbieders van zorg, heeft op de beslissingen die zij in de dagelijkse praktijk nemen. Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat die invloed gering zal zijn. Het is overigens niet helemaal duidelijk of dat zij dat niet willen of niet kunnen omdat men onvoldoende op de hoogte is van de regeling in het algemeen of de situatie van een bepaalde patiënt in het bijzonder. Er zijn aanwijzingen gevonden dat huisartsen die meer van de regeling weten, vaker geneigd zullen zijn er rekening mee te houden. Op basis van een ander deelonderzoek uit deze evaluatie, waarin huisartsen een aantal casus moeten beoordelen, kan mogelijk hier meer over worden gezegd. Op basis van de gegevens uit deze telefonische enquêtes kan worden opgemaakt dat eigenlijk alleen met betrekking tot de kosten van medicijnen en, zij het in mindere mate, de verwijzingen naar paramedici, waarschijnlijk geringe effecten van de algemene eigen-bijdrageregeling op het handelen van de aanbieders van zorg te verwachten zijn. Hierbij moet worden opgemerkt dat er ook andere ontwikkelingen een rol hebben kunnen spelen, zoals afspraken in het kader van het FTO en de programma's voor huisartsen om het voorschrijven op stofnaam te bevorderen. Hoewel in de interviews steeds is benadrukt dat het hier ging om de effecten van de AEB-regeling is het toch niet helemaal uit te sluiten dat effecten van bepaalde parallelle ontwikkelingen bij de beeldvorming een rol hebben gespeeld.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

In dit vierde deelrapport van het evaluatie-onderzoek naar de uitvoering en effecten van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden staan de aanbieders van zorg centraal. Eind 1997/begin 1998, dat wil zeggen ongeveer één jaar na de invoering van de maatregel, is een telefonische enquête gehouden onder vier centrale aanbieders van zorg in Nederland, te weten: de huisartsen, apothekers, medisch specialisten (chirurgen, KNO-artsen, internisten) en hoofden van de patiëntenadministraties van algemene ziekenhuizen. Het ging daarbij om een vijftal onderzoeksvragen die hieronder zullen worden gebruikt om de belangrijkste uitkomsten nog eens op een rij te zetten. Bij de interpretatie van de uitkomsten moet men er wel rekening mee houden dat het in dit deelonderzoek ging om de meningen van aanbieders van zorg. In hoeverre dit weergeeft wat er feitelijk gebeurt is niet te achterhalen. Hieraan wordt in twee volgende deelonderzoeken van deze evaluatie meer aandacht besteed.

In hoeverre zijn aanbieders van zorg op de hoogte van de AEB-regeling voor ziekenfondsverzekerden?
De verwachting is dat aanbieders van zorg niet volledig op de hoogte zijn van de AEB-regeling. In principe wordt de regeling buiten hen om uitgevoerd en er zijn ook nauwelijks gerichte voorlichtingscampagnes voor hen geweest. Dit beeld wordt in dit onderzoek bevestigd. De meeste aanbieders van zorg waren wel bekend met een aantal globale aspecten van de regeling zoals het bestaan van een jaarlijks maximum en of voor bepaalde vormen van medische zorg een bijdrage moet worden betaald. Over de concrete invulling van de maatregel, bijvoorbeeld de vraag hoeveel een patiënt moet bijbetalen, bestond veel onduidelijkheid.
De huisartsen en apothekers wisten meer van de regeling dan de medisch specialisten en hoofden van de patiëntenadministratie van de ziekenhuizen. Ook kwam naar voren dat de totale groep respondenten over het algemeen meer wist van de bijdragen die voor eerstelijnsvoorzieningen moeten worden betaald (medicijnen, paramedische zorg) dan voor tweedelijnsvoorzieningen (poliklinisch consult en ziekenhuisopname).

In hoeverre worden aanbieders van zorg in de dagelijkse praktijk met de AEB-regeling geconfronteerd?
Hoewel de uitvoering van de regeling in eerste instantie een zaak is tussen de verzekerden en de ziekenfondsen, zegt toch een aantal aanbieders van zorg dat zij met vragen en/of opmerkingen van patiënten over de AEB zijn geconfronteerd. Dat geldt met name voor de huisartsen, apothekers en hoofden van de patiëntenadministraties van de ziekenhuizen. Het betreft vooral algemene vragen over de regeling en opmerkingen over de AEB die door de ziekenfondsen aan de patiënten is opgelegd. Dit beeld is in overeenstemming met de resultaten van de interviews met vertegenwoordigers van de ziekenfondsen die in het kader van deze evaluatie zijn gehouden. Zij gaven namelijk aan dat ze weleens door aanbieders van zorg zijn benaderd naar aanleiding van vragen van verzekerden over de verzonden nota's.

In hoeverre beïnvloedt de AEB-regeling, volgens de aanbieders van zorg, hun eigen medisch handelen in de praktijk? Bijvoorbeeld met betrekking tot voorschrijven, verwijzen, poliklinische of klinische behandeling.
De behandeling van patiënten wordt natuurlijk voor het belangrijkste deel bepaald door zorginhoudelijke of medische afwegingen. Uit eerder onderzoek blijkt echter dat ook

financiële aspecten hierbij een rol kunnen spelen. In het onderhavig onderzoek is expliciet gevraagd of de artsen mogelijk rekening houden met de AEB die de patiënt moet betalen. Een meerderheid gaf aan dat dit geen enkele rol speelde in hun afwegingen. Echter tussen de 10 en 33% van de ondervraagde artsen sloot dit niet volledig uit. Dit zou dan vooral tot uitdrukking komen in het vaker voorschrijven van goedkopere medicijnen en, zij het in mindere mate, het minder verwijzen naar een paramedicus. Tevens gaf ongeveer één op vier apothekers aan dat men in verband met de AEB-regeling vaker een spécialité door een generiek middel substitueert. Hierbij moet worden opgemerkt dat het waarschijnlijk voor de respondenten niet altijd goed te beoordelen is geweest wat de expliciete invloed van de AEB-regeling was. Hoewel in de interviews steeds nadrukkelijk is vermeld dat het hierbij ging om de AEB, is het toch mogelijk dat ook parallelle ontwikkelingen, zoals afspraken in het kader van het FTO, en andere eigen-bijdrageregelingen (bijvoorbeeld beperkende maatregel fysiotherapie en GVS) een rol hebben kunnen spelen. Er zijn in dit onderzoek aanwijzingen dat de artsen die meer van de maatregel weten, eerder geneigd zijn er rekening mee te houden bij de behandeling van hun patiënten dan artsen die minder goed op de hoogte zijn. Dit aspect zal in een volgend deelonderzoek nader worden uitgewerkt.

In hoeverre worden er, ten gevolge van de AEB-regeling, problemen ervaren in het declaratieverkeer met de ziekenfondsen?
Er zijn geen aanwijzingen dat de invoering van de AEB-regeling tot *grote veranderingen* in het declaratieverkeer tussen de aanbieders van zorg en de ziekenfondsen heeft geleid, noch dat op de *grote schaal* onduidelijkheden in de declaraties zijn gevonden. Toch moet worden vermeld dat ongeveer 10% van de apothekers en 20% van de hoofden van de patiëntenadministraties van de ziekenhuizen zeiden dat hun declaraties moesten worden aangepast.

Welke effecten ervaren zorgaanbieders van de AEB-regeling? Daarbij gaat het zowel om het door de overheid beoogde consumptie-remmend effect als over de vraag of de regeling, volgens de zorgaanbieders, leidt tot uit-/afstel van de consumptie van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt had moeten worden ingeroepen.
Aanbieders van zorg zijn in principe één van de eersten die het zouden moeten merken als de zorgconsumptie daalt. Vandaar dat de respondenten in dit onderzoek is gevraagd in hoeverre de AEB-regeling, volgens hen, effect heeft gehad op de consumptie van bepaalde soorten medische zorg. Hoewel een overgrote meerderheid geen effecten zag, noemde tussen de 2% (chirurgen) en 9% (apothekers) dat de maatregel de zorgconsumptie in het algemeen had verminderd. Ook hierbij ging het weer vooral om de geneesmiddelenconsumptie en het bezoek aan paramedici. Daarbij moet worden opgemerkt dat mogelijk verwarring bestaat tussen het effect van de AEB-regeling en andere regelingen zoals het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem en de beperkende maatregel fysiotherapie.
Hoewel een meerderheid van de respondenten aangaf dat de maatregel er niet toe leidt dat zorg die vanuit medisch oogpunt noodzakelijk is wordt uit- of afgesteld, is het toch vermeldenswaardig dat een aantal aanbieders van zorg dit niet uitsluit. Gezien de relevantie van deze onbedoelde effecten is het van belang dat dit in een volgend deelonderzoek nader wordt onderzocht.

De eindconclusie van dit deelrapport is dat er veel onduidelijkheid bij de aanbieders van zorg bestaat over de AEB-regeling. Hoewel zij, in principe, niet direct bij de uitvoering van de regeling betrokken zijn, lijkt het toch van belang hun kennis te verbeteren. Aan de ene kant worden zij in de praktijk wel degelijk geconfronteerd met vragen en/of opmerkingen

van patiënten over de regeling. Aan de andere kant blijkt uit dit onderzoek dat een, hoewel gering, deel van de aanbieders van zorg eventueel geneigd is rekening te houden met de eigen bijdrage die patiënten voor hun behandeling moeten betalen. Het gaat daarbij vooral om het voorschrijven van medicijnen. Dit kan het effect van de maatregel, wanneer het gaat om de doelstelling om de consumptie te verminderen, mogelijk beïnvloeden.

LITERATUUR

FAHS, M.C. Physician Response to the United Mine Workers' Cost-Sharing Program: The Other Side of the Coin. HSR: 27:1 April 1992

FOETS, M. EN VAN DER VELDEN, J. Een Nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. NIVEL, Utrecht, 1990

GILLON, R. Ethics, economics and general practice. In: Mooney, G, McGuire, A. Medical ethics and economics in health. Oxford University Press, Oxford 1988

HARMSEN, J. EN L. HINGSTMAN. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 1996. NIVEL, Utrecht, november 1996

HUTTEN, J.B.F, DELNOIJ, D.M.J. FRIELE, R.D. ROS, C.C. EN P.P.GROENEWEGEN. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport I: in- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997. Evaluatie AEB Algemene Eigen-bijdrageregeling ziekenfondsverzekerden. NIVEL, Utrecht juni 1997

MAGID, D.J., KOEPSELL, T.D., EVERY, N.R., MARTIN, J.S. SISCOVICK, D.S., WAGNER, E.H. AND W.D. WEAVER. Absense of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction. The New England journal of medicine, 1997; 336:1722-9

ROEMER M.I. HOPKINS, C.E. LOCKWOOD C. AND F. GARTSIDE. Co-payments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish. Med Care 1975; 13:457

ROS, C.C, FRIELE R.D, HUTTEN J.B.F, P.P. GROENEWEGEN EN D.M.J. DELNOIJ. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport II: Rapportage op basis van peiling onder Consumentenpanel. NIVEL, Utrecht oktober 1997

ROS, C.C. HUTTEN, J.B.F, DELNOIJ, D.M.J. FRIELE, R.D. EN P.P. GROENEWEGEN. Evaluatie Algemene Eigen-Bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport III: Ervaringen van ziekenfondsen bij uitvoering van eigen bijdrageregeling. NIVEL, Utrecht september 1998

SIG Jaarboek ziekenhuizen. Kliniek, dagverpleging en polikliniek. Utrecht, 1991

STARMANS, B. JANSSEN, R. SCHEPERS, M. VERKOOIJEN, M. The effect of a patient charge and a prescription regulation on the use of antihypertension drugs in Limburg, The Netherlands. Health Policy 1994;26:191-206