

NIV 244/c

## Effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op zorgconsumptie

F.J.M. Kool  
D.M.J. Delnoij

Utrecht, mei 1999

 NIVEL  
bibliotheek

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

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 - 272 97 00 Fax: 030 - 272 97 29

ISBN 90-6905-418-3

Lay-out: Ria Karamat Ali  
Omslag: Mieke Cornelius

**INHOUDSOPGAVE**

## VOORWOORD

1	INLEIDING	5
2	ACHTERGRONDINFORMATIE	7
2.1	Zorgconsumptie	7
2.2	Zorgverzekeringssystemen	7
2.2.1	Het ziekenfonds	8
2.2.2	De particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen	9
2.3	Algemene kenmerken	9
2.4	Vraagstelling	11
2.5	IZA- en VGZ-systeem en hun kenmerken	12
2.5.1	Het IZA-systeem	12
2.5.2	Het particulier VGZ-systeem	14
2.6	Samenvatting	16
3	METHODE	17
3.1	Opbouw van de onderzoekspopulatie	17
3.2	Selectie van verstrekkingen	19
3.3	Correcties	21
3.4	Gevolgde aanpak	24
4	HYPOTHESEN	26
4.1	Inleiding	26
4.2	Zorgconsumptie en verzekeringsvorm	26
4.3	Algemene uitgangspunten	29
5	RESULTATEN	31
5.1	Inleiding	31
5.2.1	Huisartsenhulp	32
5.2.2	Ziekenhuis- en specialistenhulp	33
5.2.3	Geneesmiddelen	35
5.2.4	Tandheeskundige zorg en orthodontie	37
5.2.5	Fysiotherapie en overige paramedisch zorg	39
5.2.6	Kraamzorg en verloskundige zorg	41
5.2.7	Totaal resultaten	42
5.3	Conclusie	43
6	SAMENVATTING EN CONCLUSIE	45
6.1	Samenvatting	45
6.2	Conclusie	49
	LITERATUUR	51
	BIJLAGEN	52



## VOORWOORD

De zorgverzekeraars VGZ en IZA hebben het NIVEL opdracht verstrekt om het consumptiepatroon van zorgverzekeringssystemen waarin een procentuele eigen bijdrage geldt te vergelijken met systemen waarin een eigen risico gehanteerd wordt. De verschillende soorten zorggebruik krijgen hierbij bijzondere aandacht.

Middels een groot databestand van alle verzekerden die in de periode 1994 - 1996 bij VGZ en IZA verzekerd waren, zijn de verschillen in medische consumptie tegen elkaar afgezet. Doordat bij VGZ en IZA de verschillende soorten zorgverzekeringen die in Nederland bestaan worden aangeboden, kan een betrouwbaar beeld worden gegeven van het daadwerkelijke zorggebruik bij zorgverzekeringen met verschillende eigen betalingssystemen.

In dit rapport zal naast het verstrekken van algemene achtergrondinformatie met name het accent gelegd worden op het verkrijgen van inzicht in de effecten van zorgverzekeringssystemen met een eigen risico en een procentuele eigen bijdrage op verschillende typen zorgconsumptie.



## 1 INLEIDING

Voorafgaand aan de invoering van de inmiddels weer afgeschafte Algemene Eigenbijdrageregeling (AEB) voor ziekenfondsverzekerden, per 1 januari 1997, is discussie gevoerd over de effecten van eigen betalingen in de gezondheidszorg. In het eerste paarse regeerakkoord werd aanvankelijk gesproken over een invoering van een eigen risico aan de voet van f 200,00 per ziekenfondsverzekerde. Dit is in het latere politieke debat veranderd in een procentuele bijbetaling van 20% van de zorgkosten, met uitzondering van de huisarts, tandheekkundige en verloskundige zorg. Het doel van de AEB was tweeledig, namelijk financieringsverschuiving en consumptievermindering.

Eigen bijdragen binnen de ziekenfondsverzekering die tot doel hebben de medische consumptie te beïnvloeden, hebben in de Nederlandse situatie geen gelukkige geschiedenis gehad. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen (de 'medicijnknaak') had als onbedoeld effect dat de voorgeschreven hoeveelheden medicijnen per recept stegen waardoor ook de verspilling toenam. De eigen bijdrage voor een verwijzing naar de specialist (het 'specialistengeeltje') had geen aantoonbare verlaging van het aantal verwijzingen tot gevolg. Beide maatregelen zijn na relatief korte tijd weer ingetrokken. Anders ligt het bij eigen bijdragen die vooral zijn gericht op financieringsverschuiving (mede-financiering door de gebruiker), zoals dat het geval is bij een aantal hulpmiddelen en aanpassingen. Deze hebben een vaste plaats in de Nederlandse gezondheidszorg gekregen.

Hoewel de keuze van Paars-I voor eigen betalingen in de Ziekenfondswet dus uiteindelijk op een procentuele eigen bijdrage is gevallen, is de roep om een eigen risico aan de voet nooit helemaal verstomd. In het evaluatieonderzoek dat in opdracht van de Ziekenfondsraad is uitgevoerd naar de AEB, zijn onder meer interviews gehouden met zorgverzekeraars. Negen van de 25 geïnterviewde ziekenfondsen bepleitten daarin de invoering van een eigen risico naar analogie van de particuliere verzekering (Hutten e.a., 1997, pag. 30). In kringen van verzekeraars wordt namelijk aangenomen dat de invoering van een eigen risico aan de voet hetzelfde effect op de consumptie en kosten van zorg sorteert als een procentuele eigen bijdrage, zoals die thans voor ziekenfondsverzekerden geldt, tegen lagere uitvoeringskosten. Onderzoek hiernaar in de Nederlandse context ontbreekt echter. In een bredere beleidsevaluatie van maatregelen die (onder meer) de kosten en het volume van gezondheidszorg beogen te beperken, past een vergelijking van een systeem van procentuele eigen bijdrage met een systeem van eigen risico's, zoals in dit onderzoek zal worden gemaakt. Bij een eigen risico zijn de kosten van medische consumptie tot een bepaalde hoogte volledig voor risico van de gebruiker; pas daarboven keert de ziektekostenverzekering uit. Bij een procentuele eigen bijdrage wordt vanaf het begin reeds een deel van de kosten door de verzekeraar vergoed. De effecten op zorgconsumptie kunnen verschillen (Van Leeuwen e.a., 1997; RAND-experiment, in: Bakker, 1997; Delnoij, 1997). Het is bijvoorbeeld waarschijnlijk dat verzekerden met een eigen bijdrage minder zorg gebruiken, zolang de maximale eigen bijdrage niet is bereikt. Nadat het maximum is bereikt, zal naar verwachting de medische consumptie toenemen. Dit wordt ook wel het moral-hazard effect genoemd. Er kan zelfs na het bereiken van het maximum aan het eind van het jaar 'hamsteren' optreden. Door dit laatste verschijnsel zou een eventueel consumptie-remmend effect van eigen bijdragen zelfs ten dele weer teniet worden gedaan. Bij verzekerden met een eigen risico zal het maximum, bij gelijke medische

consumptie, eerder bereikt worden, waardoor de financiële prikkel om zorgconsumptie te beperken ook eerder verdwijnt. Daartegenover staat dat een systeem van eigen risico aan de voet misschien eenvoudiger en daardoor goedkoper te administreren is dan een gecompliceerd procentuele eigen bijdrage systeem als de AEB.

In dit onderzoek zal geanalyseerd worden of de effecten op de zorgconsumptie van vergelijkbare groepen verzekerden verschillen in een systeem van procentuele eigen bijdragen versus een eigen risico. Hiervoor vergelijken we het IZA-systeem<sup>1</sup> (procentuele eigen bijdrage) met de particuliere VGZ-verzekering (eigen risico). Hoewel de invoering van de AEB de aanleiding vormde om dit onderzoek uit te voeren, is het goed om te benadrukken dat er naast overeenkomsten (zowel de AEB als het IZA-systeem kennen procentuele eigen bijdragen) ook belangrijke verschillen bestaan tussen de AEB en het eigen bijdragesysteem in de IZA-verzekering. Zo gold de AEB niet voor de huisarts en wel voor ziekenhuisopname, terwijl de eigen bijdragen in de IZA-verzekering niet voor ziekenhuisopname en wel voor de huisarts moeten worden betaald. In het volgende hoofdstuk zal verder worden ingegaan op de kenmerken die de verschillende soorten zorgverzekeringssystemen in Nederland kennen. Tevens zal het begrip zorgconsumptie aan bod komen.

---

<sup>1</sup> IZA = Instituut Zorgverzekeringen Ambtenaren Nederland



## **2 ACHTERGRONDINFORMATIE**

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van het verzekeringsstelsel, met name voor wat betreft de IZA- en particuliere VGZ-verzekering, zoals dat gold in de jaren 1994, 1995 en 1996. De analyses die in hoofdstuk 5 zullen worden gepresenteerd, hebben namelijk betrekking op de bij IZA en VGZ gedeclareerde medische consumptie in die drie jaren. Tenzij anders vermeld, geldt de hier geboden informatie dus voor de situatie in 1994-1996.

### **2.1 Zorgconsumptie**

De zorg die door verzekerden gevraagd en gebruikt wordt, zal in dit onderzoek medische consumptie of zorgconsumptie genoemd worden. Binnen het huidige verzekeringsstelsel kan zorgconsumptie in drie compartimenten worden verdeeld (SCP, 1997, pag. 15-17). Het eerste compartiment omvat de langdurige zorg, het zogenaamde AWBZ-pakket (= Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten pakket). Dit pakket bestaat onder andere uit verpleging en verzorging in verpleeg- en verzorgingshuizen, zorg voor gehandicapten in tehuizen en dagverblijven, de geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg. Het tweede compartiment omvat de reguliere noodzakelijke zorg, het zogenaamde basispakket. Het gaat hierbij voornamelijk om zorgvoorzieningen zoals huisartsenhulp, specialistische hulp, ziekenhuisverpleging, fysiotherapie en andere paramedische zorg, bepaalde vormen van tandheelkundige zorg, kraamzorg, genees- en hulpmiddelen en vervoer. Het derde compartiment, genaamd 'aanvullend pakket', omvat alle zorg die niet in het eerste of tweede compartiment zijn opgenomen. Hiertoe behoren onder meer tandheelkundige en paramedische zorg voor zover die niet binnen het tweede compartiment wordt vergoed, of alternatieve geneeswijzen.

De volksverzekering (AWBZ) is voor iedereen verplicht. Deze verzekering vangt de kosten van langdurige zorg op die behoren tot het eerste compartiment, zoals bijvoorbeeld het verblijf in een verpleeghuis. Ook de algemene thuiszorg wordt voor een groot deel uit de AWBZ betaald. De zorgconsumptie, behorende tot het tweede compartiment, valt onder de AEB-regeling. Resteert de derde compartimentszorg. De zorgconsumptie van het derde compartiment bevat alle zorg, met uitzondering van de eerste en tweede compartimentszorg, die afhankelijk van de soort (aanvullende) verzekeringsvorm geheel, gedeeltelijk of helemaal niet vergoed wordt. De zorgconsumptie van het derde compartiment heeft hierdoor een vrijwillig karakter. In dit onderzoek zal slechts de zorgconsumptie behorende tot het tweede compartiment worden geanalyseerd.

### **2.2 Zorgverzekeringssystemen**

In Nederland kan globaal genomen een onderscheid gemaakt worden tussen drie typen ziektekostenverzekeringen die op hun eigen wijze de gemaakte zorgkosten van hun verzekerden in het tweede compartiment dekken: de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke- en de privaatrechtelijke of particuliere ziektekostenverzekering. Per 1 januari 1997 waren in Nederland feitelijk actief in de diverse zorgsegmenten van

zorgverzekering (Jaarbericht 96/97, Zorgverzekeraars Nederland, pag. 32):

<i>type zorgverzekeraar:</i>	<i>aantal zorg- verzekeraars:</i>	<i>aantal verzekerden:</i>
• ziekenfondsen	30	: 9,8 miljoen verzekerden
• particuliere verzekeringen	42	: 4,7 miljoen verzekerden
• publiekrechtelijke verzekeringen	3	: 0,9 miljoen verzekerden
Totaal	75	: 15,4 miljoen verzekerden

Hoewel per saldo het totaal aantal rechtspersonen dat actief is in de diverse segmenten van zorgverzekering afneemt, is er binnen de segmenten ziekenfondsen en particuliere verzekeraars sinds 1992 weer een groei te constateren in het aantal nieuwkomende verzekeraars. Afhankelijk van het inkomensniveau, de leeftijd en de werkgever (overheid/overig) waarvoor iemand werkt, zijn verzekerden bij een van bovenstaande ziektekostenverzekeraars aangesloten.

### 2.2.1 Het ziekenfonds

Mensen die verplicht ziekenfonds verzekerd zijn kunnen grofweg in twee groepen worden verdeeld. Personen beneden en boven de 65 jaar.

Een persoon **jonger dan 65** jaar is verplicht ziekenfonds verzekerd, indien:

- deze geen gemeente- of provincie-ambtenaar is.
- het persoonlijk inkomen uit loon en uitkeringen van het voorgaande jaar onder de toelatingsgrens ligt.<sup>2</sup>
- de partner als kostwinner<sup>3</sup> verplicht verzekerd is en hij/zijzelf nog niet verplicht verzekerd is. In dit geval kan desbetreffende persoon meeverzekerd worden.

Voor een persoon van **65 jaar en ouder** geldt dat deze verplicht verzekerd is indien:

- desbetreffende persoon alleenstaand is en het inkomen uit loon en uitkeringen van het voorgaande jaar onder de bejaardentoeletingsgrens ligt.
- deze persoon gehuwd is met een andere bejaarde en het inkomen van beiden onder de toelatingsgrens valt. Is dit niet het geval, dan moeten beide personen zich particulier laten verzekeren.
- bejaarden reeds deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling, zoals IZA/IZR/DGVP. Zij zijn niet verplicht verzekerd als ziekenfondsverzekerde.

Naast de werkgeverspremie die een werkgever moet afdragen voor zijn ziekenfondsverzekerde werknemer, betaalt de verzekerde zelf ook een bepaald bedrag voor zijn ziekenfondsverzekering. Dit bedrag, de ziekenfondspremie, bestaat uit een inkomensafhankelijk en een nominaal deel. Het **inkomensafhankelijke** gedeelte bestaat uit een percentage van het loon en/of uitkeringen, dat door de werkgever wordt ingehouden op het loon. De hoogte van het percentage is door de overheid vastgelegd. Voor het inkomensafhankelijke bestanddeel bestaat een maximum, de premiegrens. Deze premiegrens ligt lager dan de toelatingsgrens. Dit betekent dat ziekenfondsverzekerden

---

<sup>2</sup> Het begrip toelatingsgrens wordt in de praktijk ook wel eens aangeduid met 'loongrens' of 'ziekenfondsgrens'.

<sup>3</sup> Kostwinner is degene die meer dan de helft van het gezinsinkomen ontvangt. Hierbij moet in tegenstelling tot de toelatingsgrens van het ziekenfonds wel inkomsten uit winst en vermogen worden meegerekend.

met een inkomen tussen de premiegrens en de toelatingsgrens een gelijke premie betalen die overeenkomt met het maximum van de premiegrens. Het **nominale** deel is daarentegen een vast bedrag per hoofdverzekerde (eventueel met meeverzekerde partner). In 1997 en 1998 moesten ziekenfondsverzekerden bovendien een **Algemene Eigen Bijdrage** betalen voor de meeste zorgvoorzieningen in het tweede compartiment, met uitzondering van de huisarts, tandarts en verloskundige zorg, tot een jaarlijks maximum van 100 of 200 gulden. Deze regeling is per 1 januari 1999 weer ingetrokken.

Bij het maken van een indeling van personen die tot het ziekenfonds gerekend mogen worden is reeds gebleken dat de categorie ouderen, oftewel de AOW-gerechtigden (65 jaar en ouder) een aparte categorie vormt binnen het ziekenfonds. Niet alleen de toelatingsgrens ligt bij hen lager dan bij andere ziekenfondsgerechtigden, ook geldt voor hen geen premiegrens en hoeft de werkgever geen premie af te dragen. Daarnaast gold voor deze categorie ziekenfondsgerechtigden een lager maximum in het kader van de AEB-regeling (namelijk 100 gulden).

### 2.2.2 De particuliere en publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen

De particuliere ziektekostenverzekeringen kunnen opgesplitst worden in een publiekrechtelijk- en een privaatrechtelijk deel.

Tot de *publiekrechtelijk* verzekerden behoort een deel van het overheidspersoneel, te weten het gemeente-, provincie-, en politiepersoneel. Deze personen zijn vanwege hun functie door middel van speciale regelingen, die onderdeel uitmaken van de arbeidsvoorwaarden, op deze wijze verplicht verzekerd. In deze studie wordt speciale aandacht besteed aan gemeente-ambtenaren (en in Limburg ook provincie-ambtenaren) die bij IZA verzekerd zijn. Net als bij een ziekenfondsverzekering bestaat de premie die afgedragen dient te worden uit een **inkomensafhankelijk** gedeelte, een **nominaal** deel en uit **eigen bijdragen**. De partner kan middels de nominale premie meeverzekerd worden. Kinderen zijn gratis meeverzekerd. Alle personen die niet ondergebracht zijn in een ziekenfonds- of publiekrechtelijke verzekering zijn doorgaans via een *privaatrechtelijke* particuliere ziektekostenverzekering verzekerd. De privaatrechtelijke verzekeraars bieden twee soorten polissen aan, te weten een polis waaraan geen wettelijke bepalingen zijn verbonden, de zogenaamde eigen maatschappijpolis, en de polis die door de wet is voorgeschreven, de zogenaamde standaardpakketpolis.<sup>4</sup> De premie van een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering is, in tegenstelling tot publiekrechtelijke ziektekostenverzekerden, niet inkomensafhankelijk, maar wel gebonden aan de hoogte van het **eigen risico**, de **leeftijd(en)** van de verzekerde(n) en het **aantal personen** dat meeverzekerd is.

## 2.3 Algemene kenmerken

Tussen ziektekostenverzekeringen bestaan verschillende soorten tariefstructuren. Deze afwijkingen zijn enerzijds te wijten aan het pakket zorgvoorzieningen dat door de

---

<sup>4</sup> Voor de standaardpakketpolis geldt in tegenstelling tot de maatschappijpolis een acceptatieplicht. De overheid dient deze polis goed te keuren. Bovendien is de hoogte van de premie door de overheid vastgelegd en mogen de tarieven niet gerelateerd worden aan het risico die een bepaalde doelgroep (bijvoorbeeld ouderen) kan lopen. Hiermee probeert de overheid bepaalde risicogroepen te ontzien van eigen bijdragen die onevenredig hoog zijn vergeleken met hun inkomen. In 1994-1996 bestonden standaardpakketpolissen voor bejaarden, niet-bejaarden en studenten.

verzekeraars wordt aangeboden, de zogenaamde verzekeringsdekking, die per zorgverzekering kan verschillen. En anderzijds zijn deze te wijten aan de verscheidene eigen betalingssystemen die gehanteerd worden. Zo bestaan er vier elementaire vormen van eigen betalingssystemen (Bakker, 1997, pag. 1-4):

1. *Een eigen bijdrage* = een vast bedrag dat een verzekerde moet betalen per eenheid medische zorg, ongeacht de werkelijke prijs;
2. *Een eigen risico* = het bedrag waarbij verzekerden de kosten behorende tot de zorg die onder de verzekeringsdekking valt, zelf moet betalen. Alle ziektekosten die boven dit bedrag uitgaan worden volledig vergoed.
3. *Procentuele bijbetaling* = (in dit onderzoek aangeduid als *procentuele eigen bijdrage*) een procentueel gedeelte van de kosten van de onder de dekking vallende zorg, die de verzekerde zelf moet betalen.
4. *No-claimkorting* = een premiekorting voor verzekerden indien zij gedurende een bepaalde periode geen (of weinig) claims indienen bij de verzekeraar. De kosten die niet worden geclaimd vanwege de no-claimkorting kunnen worden gezien als eigen betalingen. In de gezondheidszorg komt dit type eigen betalingssysteem niet voor.

Een belangrijk element dat direct verbonden is aan de verschillende typen eigen betalingssystemen, is het tijdstip waarop de eigen betalingen voor een zorgvoorziening worden geïnd. In theorie kan de heffing en inning van de eigen bijdrage volgens drie mogelijke hoofdvarianten plaatsvinden (Voorzee, 1993, pag. 23-24). In deze drie varianten staan de zorgaanbieder, de zorgverzekeraar en de verzekerde centraal.

- Variant A:
- De zorgaanbieder int de eigen bijdrage.
  - Een deel van de factuur wordt door de verzekerde aan de zorgaanbieder betaald (de eigen bijdrage); een ander deel wordt door de zorgverzekeraar aan de zorgaanbieder betaald.
  - Het incasso-risico ligt bij de zorgaanbieder. De verzekerde wordt direct geconfronteerd met de kosten van de zorg.
- Variant B:
- De zorgaanbieder declareert het bruto-bedrag bij de zorgverzekeraar, die vervolgens de eigen bijdragen factureert en incasseert bij de verzekerde.
  - De zorgverzekeraar staat centraal.
  - De incasso-problematiek ligt bij de zorgverzekeraar<sup>5</sup>.
- Variant C:
- De zorgaanbieder declareert het bruto bedrag bij de verzekerde, die dit vervolgens weer declareert bij de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar vergoedt het bedrag onder inhouding van de eigen

---

<sup>5</sup> Of, zoals in het geval van de AEB bij de Centrale Kas.

- bijdrage.
- De verzekerde staat centraal. Zijn eigen bijdrage wordt gekort op de declaratie van de verzekerde.

Uit de drie voornoemde varianten blijkt dat zorgaanbieders hun kosten grofweg op twee manieren kunnen declareren. Enerzijds betaalt de verzekeraar de zorgaanbieder en stuurt, indien van toepassing, een factuur naar de verzekerde voor de verschuldigde eigen bijdragen, het zogenaamde *naturastelsel* (= variant B). Verzekeraars zullen in dit geval wellicht extra kosten maken om de eigen betalingen van de verzekerden te innen. Anderzijds kunnen zorgaanbieders de kosten direct of gedeeltelijk verhalen op de verzekerde, die op hun beurt de gemaakte kosten, die hoger zijn dan de eigen betalingen, kunnen declareren bij de verzekeraar. In dit geval wordt gesproken van een *restitutiestelsel* (= variant C). Bij een systeem van eigen risico ontvangen verzekeraars vaak pas declaraties als het bedrag aan eigen betalingen overschreden is. Dit heeft tot gevolg dat verzekeraars minder administratieve kosten maken. In tegenstelling tot de ziekenfondsverzekering geldt in de particuliere sector een restitutiestelsel waarin veel rekeningen niet worden doorgestuurd naar de zorgverzekeraar.

De verschillende zorgverzekeringssystemen in Nederland onderscheiden zich dus van elkaar voor wat betreft de volgende aspecten:

1. het type eigen betalingssysteem: een (procentuele) eigen bijdrage of een eigen risico;
2. hoogte van het maximale bedrag dat voor eigen rekening van verzekerden komt;
3. wijze en tijdstip waarop de eigen betalingen worden geïnd.

Gezien de cruciale betekenis van deze aspecten voor de wijze waarop zorgverzekeringssystemen van elkaar verschillen, is het van groot belang om met deze kenmerken rekening te houden in een vergelijking.

## 2.4 Vraagstelling

De vraagstelling van dit onderzoek heeft betrekking op de mate waarin effecten op de zorgconsumptie worden beïnvloed door het **gekozen systeem van eigen betalingen** in de gezondheidszorg: eigen risico of procentuele eigen bijdragen. Uit het eerder genoemde RAND-experiment kan worden afgeleid dat een eigen risico een groter effect heeft op de zorgconsumptie (en daarmee op de kosten) dan een systeem met een procentuele eigen bijdrage. In het onderhavig onderzoek wordt nagegaan of dat in de Nederlandse situatie ook het geval is. Het RAND-onderzoek heeft namelijk plaatsgevonden in de Amerikaanse context, waarbij bovendien sprake was van fors hogere eigen bijdragen dan die in Nederland gelden. De vraagstelling luidt:

*In hoeverre verschillen de effecten op de zorgconsumptie van vergelijkbare groepen verzekerden in een systeem van eigen risico versus een systeem van een procentuele eigen bijdrage?*

De beantwoording van deze vraag vindt plaats via: (1) een literatuuronderzoek naar effecten van eigen betalingssystemen in de gezondheidszorg en (2) het analyseren en rapporteren van medische consumptiepatronen van verzekerden met verschillende soorten eigen betalingsvormen naar aanleiding van de gestelde onderzoeksvraag.

Om de statistische analyses met betrekking tot de gestelde onderzoeksvraag te kunnen uitvoeren wordt gebruik gemaakt van twee soorten verzekerden die bij de opdrachtge-

vers van dit onderzoek, de zorgverzekeraars IZA en VGZ, verzekerd zijn, namelijk:

- ambtenaren boven de ziekenfondsloongrens die verzekerd zijn bij IZA en voor wie een procentuele eigen bijdrage geldt;
- particulier verzekerden die bij VGZ verzekerd zijn met of zonder een eigen risico aan de voet.

## 2.5 IZA- en VGZ-systeem en hun kenmerken

De effecten die kunnen worden *verwacht* ten aanzien van de zorgconsumptie zijn voor een groot deel afhankelijk van de afwijkende kenmerken van het IZA- en VGZ-systeem die in de analyses zijn meegenomen. In dit hoofdstuk worden de belangrijkste verschillen en overeenkomsten tussen het IZA- en het particuliere-VGZ verzekerings-systeem nader beschreven. Deze kenmerken vormen onder meer het uitgangspunt voor de hypothesen die ten grondslag liggen aan de statistische analyses behorende bij deze onderzoeksvraag welke in hoofdstuk 4 en 5 zullen worden uitgewerkt.

### 2.5.1 Het IZA-systeem

Het IZA-systeem is een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering, waarin alle (zowel met een inkomen beneden de loongrens als erboven) gemeentelijke en daaraan gerelateerde ambtenaren, inclusief hun gezinsleden zijn opgenomen. Een zelfde regeling bestaat ook voor ambtenaren die bij provincies werken (IZR-systeem) en voor politie-ambtenaren (DGVP-systeem). Het IZA kent slechts één pakket, dat volledig dekkend is. Bovendien worden bij IZA uitsluitend collectieve contracten afgesloten. Het totale verzekerdenbestand van IZA-verzekerden bevat dus geen individueel verzekerden.

#### Premie

De premiebetaling geschiedt paritair door de werkgever en de werknemer. Zowel de procentuele als de nominale premie wordt door de werkgever ingehouden op het salaris en wordt collectief afgedragen aan het IZA. Binnen het IZA worden immers alleen collectieve contracten afgesloten. Net als bij ziekenfondsverzekerden vindt er ten aanzien van de premiebetaling enige vorm van solidariteit plaats. De procentuele premie zorgt ervoor dat de IZA-verzekerden met een hoger inkomen meer betalen dan IZA-verzekerden met een lager inkomen. Een plafond in de premiebetaling zorgt ervoor dat er een redelijke verhouding blijft bestaan tussen de betaalde premie en het daarvoor aangeboden zorgpakket.

**Eigen bijdrage**

Door het IZA wordt slechts één zorgpakket aangeboden. Afhankelijk van de soort zorgvoorziening, wordt door het IZA een eigen bijdrage gevraagd. In zijn algemeenheid kan gesteld worden dat naarmate de medische hulp een 'luxer' karakter heeft, de eigen bijdrage hoger zal zijn. Voor sommige verstrekkingen (die overigens wel een belangrijk deel van de totale zorgkosten vormen) vergoedt het IZA 100% van de kosten (bijvoorbeeld derde klas ziekenhuisverpleging en klinische specialistische hulp). In de meeste gevallen wordt een eigen bijdrage van 10% van de genoten zorg geheven. Deze eigen bijdragen kunnen aanzienlijk oplopen en kunnen bovendien een grote druk uitoefenen op het inkomen van een IZA-verzekerde. Binnen het IZA-systeem is daarmee rekening gehouden door de eigen bijdragen te limiteren tot maximaal één procent van het bruto inkomen. De eigen bijdragen voor de tweede compartimentszorg binnen het IZA-systeem in 1998 zijn:

Huisarts		10% <sup>6</sup>		
Specialist	- niet klinisch specialistische hulp	10%		
	- niet klinisch tandheekkundige hulp	10%		
	- plastische chirurgie	10%		
	- radiotherapie	0%		
	- niet klinische specialistische hulp	0%		
Ziekenhuis		kosten verpleging	honorarium specialist	bijkomende kosten
	- dagverpleging	0%	0%	0%
	- klasse 3	0%	0%	0%
	- klasse 2b en 2	10%	0%	0%
	- klasse 2a en 1	25%	0%	0%
Fysiotherapeut	- fysiotherapie > 16 jaar		10% <sup>7</sup>	
	- fysiotherapie ≤ 16 jaar		10% <sup>8</sup>	
Tandarts	- consultatie en (röntgen)diagnostiek preventie/mondhygiëne, anesthesie, restauraties m.b.v. plastisch materiaal pulpabehandelingen, chirurgische ingrepen en parodontologie		20% <sup>9</sup>	
Orthodontie			20%	
Medicijnen			0% <sup>10</sup>	
Verloskunde			10%	

<sup>6</sup> Dit betreft (a) het honorarium van een huisarts voor consulten, visites en herhalingsrecepten; (b) bijkomende kosten op verwijzing van een huisarts, al dan niet rechtstreeks in rekening gebracht door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium; © alle gebruikelijke huisartsenhulp wordt vergoed, m.u.v. alternatieve geneeswijzen.

<sup>7</sup> De vergoeding bedraagt per ziektegeval 90% van het honorarium van de fysiotherapeut voor maximaal 14 oefen-/massagetherapie zittingen, inclusief ten hoogste één applicatie. De behandeling dient plaats te vinden op voorschrift van een huisarts of specialist. Voortzetting van de oefen-/massagetherapie na 14 zittingen wordt alleen vergoed na voorafgaande machtiging. De machtigingsaanvraag dient plaats te vinden op een door IZA vastgesteld formulier. Vergoeding van ten hoogste een tweede applicatie per zitting is alleen mogelijk indien daartoe afzonderlijk machtiging is verleend.

<sup>8</sup> De vergoeding bedraagt 90% van het honorarium van een kinderfysiotherapeut, mits de patiënt gericht is verwezen door de behandelend arts en de behandeling plaatsvindt door een kinderfysiotherapeut waarmee het IZA een overeenkomst heeft gesloten.

<sup>9</sup> De volledige tandheekkunde bestaat uit een groot aantal afzonderlijke verrichtingen. De meeste hiervan, maar niet alle, komen voor een 90%-vergoeding in aanmerking. Iedere gebruikelijke verrichting in de tandheekkunde heeft een zogenoemde 'UPT-code'. Dit is een code die verwijst naar het tarief voor de verrichting in de officieel goedgekeurde tarievenlijst. Op een aantal punten kent het pakket tandheekkunde enkele belangrijke beperkingen. De 20% eigen bijdrage geldt zowel voor kinderen als volwassenen.

<sup>10</sup> De vergoeding bedraagt 100% van de kosten tot maximaal de vergoedingslimiet als bedoeld in artikel 11 van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering. Hoewel veel geneesmiddelen worden vergoed, kan het toch voorkomen dat een eigen bijdrage is verschuldigd. Dit is alleen het geval als de prijs van het geneesmiddel een door de overheid vastgestelde vergoedingslimiet overschrijdt, het zogenaamde Geneesmiddelen Vergoedings Systeem (GVS). Het verschil tussen de prijs en die limiet blijft voor eigen rekening.

### **Maximum Eigen Bijdrage**

De eigen bijdragen binnen het IZA-systeem zijn verschuldigd tot een maximum van 1% van het bruto jaarinkomen. Bij de uitvoering van de 1%-norm zijn vele verschillen te constateren. Op verzoek van de werknemer betaalt de werkgever de eigen bijdragen boven de 1%-grens aan de werknemer terug. Gemeenten bepalen zelf welke eigen bijdragen in de 1%-regeling worden meegenomen. Dit heeft tot gevolg dat de ene gemeente meer 'luxe/duurdere' zorg in de 1%-norm meeneemt dan een andere gemeente.

### **Inkomensbegrip**

Aangezien het maximum van de eigen bijdrage bij het IZA gerelateerd is aan het inkomen, is het van belang om te weten wat volgens het IZA verstaan wordt onder inkomen. Bij de IZA-regeling bestaat het inkomen uit het ambtelijk inkomen plus de vaste toelagen. Volgens de Algemene Burgerlijke Pensioenwet omvat dit alle (bruto)inkomsten die een ambtenaar uit hoofde van zijn dienstverhouding ontvangt. Het genoten inkomen wordt berekend over hetzelfde tijdvak waarin de kosten zijn gemaakt.

### **Restitutieregeling**

Indien een IZA-verzekerde zorg gebruikt, krijgt hij daarvan de rekening, welke hij zelf dient te betalen. De zorggebruiker stuurt vervolgens de rekening naar het IZA. De verzekerde krijgt een uitkeringsbesluit, waardoor IZA-verzekerden altijd zicht hebben op de bruto gemaakte kosten. De gemaakte kosten worden na aftrek van de eigen bijdrage gerestitueerd. Een uitzondering hierop vormt de intramurale zorg (bijvoorbeeld gemaakte kosten in verband met ziekenhuisopname). In een dergelijke situatie dient de verzekerde het IZA op de hoogte te brengen van de genoten intramurale zorg. De rekening voor dit type zorg wordt rechtstreeks naar het IZA gestuurd. Achteraf wordt bepaald welke bijdrage een verzekerde alsnog voor deze hulp moet betalen.

## **2.5.2 Het particulier VGZ-systeem**

Als particulier verzekerde kan men bij zorgverzekeraar VGZ op verschillende wijzen verzekerd worden. De zorgverzekeraar kent de volgende te onderscheiden verzekeringspakketten voor particulieren:

1. Instapverzekering / Standaardpakketpolis;
2. Uitgebreide aanvullende verzekering;
3. Plus integraalverzekering;
4. Optimaalverzekering 2/2B;
5. Optimaalverzekering 2A.

### **Eigen risico**

De instapverzekering is bedoeld als basisvoorziening voor mensen die een inkomen hebben dat boven de loongrens ligt, voor collectiviteiten en verder voor rijksambtenaren en iedereen met een zelfstandig beroep. Onder bepaalde voorwaarden kan een beroep gedaan worden op de Standaardpakketpolis in plaats van de Instapverzekering.<sup>11</sup>

Indien de kosten van zorggebruik het eigen risico overtreffen, dan is de hoogte van de eigen bijdrage voor voorzieningen op de Instapverzekering als volgt in 1998:

---

<sup>11</sup> Studenten met studiefinanciering kunnen bijvoorbeeld in aanmerking komen voor de Standaardpakketpolis. Deze biedt vrijwel dezelfde vergoedingen als de instapverzekering, maar geeft bovendien recht op preventieve tandheelkundige hulp.



Huisarts	0% <sup>12</sup>
Specialist	0% betreffende het honorarium voor hulp door een specialist
Ziekenhuis	0% <sup>13</sup>
Fysiotherapeut	0% voor ten hoogste 9 behandelingen/zittingen per indicatie per kalenderjaar
Tandarts	Alleen voor verzekerden jonger dan 18 jaar, tot een maximum bedrag van f500,00 per kalenderjaar
Orthodontie	20%
Medicijnen	0% <sup>14</sup>
Kraamzorg	0% (voor enkele verrichtingen is een aanvullend pakket nodig, voordat alles wordt vergoed)

Voor enkele vergoedingen geldt dus naast het eigen risico een maximaal te vergoeden bedrag. Met name ten aanzien van fysiotherapeutische en tandheelkundige zorg neemt een particuliere VGZ-verzekerde met Instapverzekering een deel van de kosten voor eigen rekening. De uitgebreide Aanvullende Verzekering (UAV) tracht deze kosten op te vangen. Is de particulier verzekerde risicomijdend, dan kan deze kiezen voor de Plus Integraalverzekering of de Optimaal Verzekering met al of niet een Luxe Tandheelkunde en/of een Tand Risk.

Bij de Instapverzekering kan de particulier verzekerde kiezen uit acht verschillende soorten eigen-risicobedragen:

keuze stappen eigen risico instapverzekering in 1998:

Trede:	1	2	3	4	5	6	7	8
1 volwassene	200	375	475	575	675	775	975	1175
1 volw. en 1 kind	200	425	575	725	875	1025	1325	1625
1 volw. en 2 of meer k.	200	450	625	800	975	1150	1500	1850
2 volwassenen	300	600	750	900	1050	1200	1500	1800
2 volw. en 1 kind	300	650	850	1050	1250	1450	1850	2250
2 volw. en 2 of meer k.	300	675	900	1125	1350	1575	2025	2475

Afhankelijk van de hoogte van het eigen risico dat een particulier verzekerde met eventuele meeverzekerden kiest, moet maandelijks een bepaalde premie worden betaald.

### Premie

De premies die particulier verzekerden betalen worden niet alleen bepaald door de hoogte van het gekozen eigen risico, dat op zijn beurt weer afhankelijk is van het aantal personen dat op 1 januari van dat jaar in de Instapverzekering verzekerd is, maar ook van de leeftijd van de hoofdverzekerde. In het algemeen geldt dat hoe hoger het eigen risico is, hoe lager de premie zal zijn.

<sup>12</sup> Er vindt een volledige vergoeding plaats voor hulp door een huisarts inclusief de kosten van laboratorium-onderzoek op advies van de huisarts, uitgevoerd en berekend door een aan een ziekenhuis verbonden laboratorium, een door de overheid toegelaten huisartsenlaboratorium of een trombosedienst.

<sup>13</sup> Opname van langer dan 24 uur in een ziekenhuis indien en zolang op medische gronden verpleging, onderzoek en behandeling uitsluitend in een ziekenhuis kunnen worden geboden: volledig en onbeperkt vergoed o.b.v. verpleging en behandeling in de verzekerde klasse. Een korter dan 24 uur durende bedverpleging in een ziekenhuis, welke noodzakelijk is i.v.m. onderzoek of behandeling door een specialist wordt eveneens volledig vergoed.

<sup>14</sup> Niet vergoed worden:  
 - bepaalde zelfzorggeneesmiddelen, die zonder recept van de huisarts verkrijgbaar zijn;  
 - geneesmiddelen uit voorzorg of ter voorkoming van een ziekte met het oog op een reis naar het buitenland;  
 - alternatieve geneesmiddelen.

### Maximum Eigen Risico

In tegenstelling tot het ziekenfondssysteem staat bij particulier verzekerden niet een maximum bedrag centraal waartegen verzekerden de kosten van zorggebruik voor eigen rekening nemen, maar het minimum. Het eigen risico bedraagt in 1998 bij particulier VGZ-verzekerden minimaal f 200,00 voor 1 volwassene en minimaal f 300,00 voor 2 volwassenen. Het maximum aan eigen risico kan variëren tussen de f 1175,00 en f 2475,00. In de jaren 1994, 1995 en 1996 (waarop dit onderzoek betrekking heeft) was het ook mogelijk een eigen risico van f 100,00 te hebben. Bij de Instapverzekering is het mogelijk om het eigen-risicobedrag elk jaar te veranderen. De verzekeringnemer van de Instapverzekering heeft jaarlijks per 1 januari het recht het eigen risicobedrag ongeacht de gezondheidstoestand te wijzigen, mits de wens daartoe vóór 1 oktober daaraan voorafgaand schriftelijk wordt medegedeeld. Hierdoor kunnen de maximale eigen ziektekosten steeds afgestemd worden op het beschikbare budget.

### Restitutieregeling

Voor particulier verzekerden geldt een restitutiestelsel. Dit wil zeggen dat zij de zorgaanbieder in principe eerst zelf betalen en daarna de rekening naar de verzekeraar sturen. Particulier verzekerden krijgen geen vergoeding zolang ze hun eigen risico niet hebben bereikt. Daarboven worden de kosten volledig vergoed.

## 2.6 Samenvatting

In de paragrafen 2.2 t/m 2.3 zijn de kenmerken van de verschillende verzekeringsvormen, VGZ-particulieren en IZA verzekerden, besproken. Schematisch kunnen deze grofweg als volgt worden weergegeven:

Schema 2.1 Overzicht kenmerken verschillende verzekeringsvormen

Verzekeringsvorm	Stelsel	EB/ER <sup>15</sup>	Maximum/Minimum
IZA:	restitutie	Procentuele EB (10%)	Max: 1%Y <sup>16</sup>
VGZ-particulier:	restitutie	Variabel ER	Min: f 200,- tot f 300,- Max: f 1175,- tot f 2475,-

De belangrijkste verschillen tussen verzekeringsvormen zijn te vinden in het type eigen betalingen (ER/EB), het tijdstip en de wijze waarop door verzekeraars de eigen betalingen innen (het stelsel) en de hoogte van het maximum dat aan de eigen betalingen wordt gesteld (het maximum). Uit bovenstaand schema blijkt dat de voor deze onderzoeksvraag gekozen verzekeringsvormen met betrekking tot het type stelsel niet verschillen. In beide gevallen vindt betaling en inning van de kosten op basis van restitutie plaats.

---

<sup>15</sup> ER = Eigen Risico  
EB = Eigen Betaling

<sup>16</sup> Y = Inkomen

### 3 METHODE

Voor de beantwoording van de onderzoeksvraag, in hoeverre verschillen de effecten op de zorgconsumptie van vergelijkbare groepen verzekerden in een systeem van eigen risico versus een systeem van een procentuele eigen bijdrage, wordt gebruik gemaakt van gegevens van alle particulier verzekerden die in de periode 1994, 1995 en 1996 bij IZA en VGZ verzekerd waren. In dit hoofdstuk wordt de samenstelling van de onderzoekspopulatie en de gevolgde aanpak nader uitgewerkt.

#### 3.1 Opbouw van de onderzoekspopulatie

Het vergelijken van de invloed van procentuele eigen bijdragen en eigen risico's op de zorgconsumptie is alleen zinvol, wanneer de populaties van verzekerden in grote lijnen vergelijkbaar zijn. Hiervoor is het van belang dat factoren, zoals inkomen, beroep, geslacht, leeftijd en woonplaats van verzekerden binnen de gekozen onderzoekspopulatie zoveel mogelijk op elkaar zijn afgestemd. De eventuele effecten die deze factoren kunnen teweeg brengen worden hierdoor uit de analyses gefilterd, waardoor de gevonden resultaten zoveel mogelijk toegeschreven kunnen worden aan de verschillende eigen bijdragensystemen. Daartoe zijn onderstaande selecties en correcties uitgevoerd.

##### **Inkomen**

VGZ-verzekerden zijn grofweg te onderscheiden in ziekenfonds- en particulier verzekerden. Het onderscheidend criterium is de 'ziekenfondsgrens'. Mensen die minder dan de ziekenfondsgrens verdienen zijn verplicht ziekenfonds verzekerd. Zij vallen onder het verzekeringssysteem met procentuele eigen bijdragen. Wie zelfstandig is of in een dienstbetrekking meer dan de ziekenfondsgrens verdient, kan zich particulier verzekeren. Voor particulier VGZ-verzekerden geldt in het algemeen een eigen risico, hoewel er van oudsher ook particulier verzekerden zijn zonder eigen risico.

Hoewel IZA over het algemeen geen onderscheid maakt tussen verzekerden op basis van hun inkomen - IZA-verzekerden zijn immers vanwege het feit dat ze bij een gemeentelijke instellingen werken of hebben gewerkt verplicht IZA-verzekerd en zijn daardoor ook verplicht onderworpen aan het procentuele eigen bijdragen systeem - beschikt IZA voor de meeste verzekerden toch over een globale indicatie van hun inkomen. In de aangeleverde IZA-bestanden zijn voor de vergelijkbaarheid verzekerden boven de ziekenfondslongrens geselecteerd.

##### **Collectiviteit**

IZA is een collectieve verzekering voor gemeente- en (in Limburg) provincie-ambtenaren. Terwille van de vergelijkbaarheid worden daarom ook voor VGZ uitsluitend analyses uitgevoerd op collectief particulier verzekerden.

##### **(Zelf)selectie**

Een ander aspect dat binnen het eigen risico-systeem bij particulier VGZ-verzekerden een belangrijke rol speelt is het al of niet hebben van een eigen risico en de hoogte daarvan. Voor een aantal collectiviteiten geldt bij VGZ een verplicht eigen risico van fl. 0. Voor de overige collectief verzekerden is de hoogte van het eigen risico veelal een persoonlijke keuze. Een gevolg hiervan is dat een zekere zelfselectie plaatsvindt: zij

die een hoge consumptie verwachten, gezien hun gezondheid of gezinssamenstelling, kiezen voor geen of een laag eigen risico. In de collectieve IZA-regeling is er geen keuzevrijheid: iedereen dient eigen bijdragen te betalen tot een maximum dat is gerelateerd aan het inkomen.

In welke mate zelfselectie bij VGZ-verzekerden een rol speelt, kan worden afgeleid uit een vergelijking van collectief verzekerden met een verplicht eigen risico van fl. 0 en een vrijwillig gekozen eigen risico van fl. 0. Idealiter zouden we daarnaast ook een vergelijking willen maken van de zorgconsumptie van verzekerden met een vrijwillig eigen risico van bijvoorbeeld fl. 500 en fl. 1000 tegenover verzekerden met een verplicht eigen risico van fl. 500 of fl. 1000 maar dergelijke verplichte eigen risico's worden door VGZ niet opgelegd. Onze analyse blijft dus beperkt tot de groep zonder eigen risico.

In de groep verzekerden met een vrijwillig gekozen eigen risico van fl. 0 verwachten we -vergeleken met verzekerden met een verplicht eigen risico van fl. 0 gemiddeld genomen hogere zorgkosten, omdat het mensen betreft die gezien hun (slechtere) gezondheidstoestand kiezen voor een maximale verzekeringsdekking. In tabel 3.1 is een overzicht gegeven van de procentuele verschillen in gemiddelde zorgkosten per verzekerden met een vrijwillig, respectievelijk verplicht eigen risico van fl. 0.

Tabel 3.1 Vergelijking van schade van collectief VGZ-verzekerden\* met een verplicht versus vrijwillig eigen risico van fl. 0 (verplicht eigen risico van fl. 0 = 100) (1995)

Verstrekking	ER=0 vrijwillig (n=30.618)	ER=0 verplicht (n=9.973)
huisarts	108	100
geneesmiddelen	98	100
ziekenhuis en specialist	100	100
tandheerkunde	99	100
orthodontie	126	100
fysiotherapie	112	100
kraamzorg en verloskunde	107	100
TOTAAL	102	100

\* Geselecteerd op collectieve verzekering (pakketcode I, IA of IKN), geboren in of na 1930 en woonachtig in Limburg of Brabant, gewogen naar het aantal verzekerde dagen in 1995

Uit tabel 3.1 blijkt dat het selectie-effect niet per definitie leidt tot hogere zorgkosten in de groep met een vrijwillig gekozen eigen risico van fl. 0. Voor de 'grote' kostenposten in de curatieve zorg (ziekenhuis, specialist en geneesmiddelen) geldt zelfs dat verzekerden met een vrijwillig eigen risico van fl. 0 gelijke tot lagere gemiddelde kosten per verzekerde hebben dan verzekerden met een verplicht eigen risico van fl. 0. Wellicht is de consumptie dit type zorg voor verzekerden moeilijker op voorhand in te schatten dan de consumptie van orthodontie, fysiotherapie en (in mindere mate) huisartsgeneeskundige en verloskundige zorg, waarvoor wel selectie-effecten zichtbaar zijn, variërend van 7 tot 26% hogere kosten in de groep met een vrijwillig eigen risico van fl. 0. Over de gehele linie bezien hebben verzekerden met een vrijwillig gekozen eigen risico van fl. 0 2% hogere kosten van verzekerden met een verplicht eigen risico van fl. 0.

### **Geslacht en leeftijd**

Aangezien geslacht en leeftijd invloed op het consumptiepatroon hebben, is in de analyses die in hoofdstuk 5 worden gepresenteerd gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijds-/geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties. Daartoe is de leeftijds- en geslachtsopbouw van de VGZ-populatie zonder eigen risico en met eigen risico gestandaardiseerd naar de leeftijds- en geslachtsopbouw van de IZA-verzekerden. Voor de samenstelling van de drie groepen verzekerden naar leeftijd en geslacht: zie bijlage 1.

Daarnaast is er voor gekozen om slechts de verzekerden tot 65 jaar mee te nemen in het onderzoek, omdat voor de leeftijdscategorie boven de 65 een lagere ziekenfondsgrens geldt. Dit heeft als gevolg dat in het VGZ-bestand relatief veel 65-plussers met een laag inkomen kunnen zitten (die niet kunnen worden weggelaten uit de analyses, omdat VGZ niet over inkomensgegevens beschikt), terwijl 65-plussers in het IZA-bestand geselecteerd zijn op een inkomen boven de 'reguliere' ziekenfondslengrens. Bovendien is slechts een zeer klein aantal 65-plussers collectief verzekerd bij VGZ.

### **Geografie**

Omdat de meeste verzekerden van VGZ onder de grote rivieren wonen en wellicht het consumptiepatroon aldaar (bijvoorbeeld via verschillen in het aanbod van zorg) zal verschillen van de rest van het land, is de onderzoekspopulatie van zowel IZA als VGZ beperkt tot de verzekerden die staan ingeschreven in de provincies Noord-Brabant en Limburg. Op basis van een bestand, bestaande uit provinciecoderingen die gerelateerd zijn aan bijbehorende postcodes, zijn zowel de VGZ- als de IZA-verzekerden geselecteerd.

### **Pakketkeuze**

VGZ-collectief verzekerden zijn doorgaans verzekerd voor één van de drie gangbare pakketten, gebaseerd op de Instapverzekering eventueel met aanvullende verzekering. Daarnaast gelden voor bepaalde collectiviteiten meer specifiek samengestelde verzekerde pakketten. Om de vergelijkbaarheid met het IZA-pakket optimaal te houden, zijn echter alleen verzekerden met de drie gangbare pakketten meegenomen in de analyses.

### **Gebruikte selecties**

Om tot een zo optimaal mogelijk vergelijkbare groep verzekerden te komen tussen een systeem met een eigen risico en een systeem met een procentuele eigen bijdrage is dus gekozen om de groep verzekerden bij de analyses te betrekken die aan de volgende kenmerken voldoen:

1. IZA- en particulier VGZ-verzekerden;
2. inkomen boven de ziekenfondslengrens;
3. collectief verzekerden;
4. pakketcode I, IA of IKN;
5. tot 65 jaar;
6. woonachtig in Noord-Brabant of Limburg.

## **3.2 Selectie van verstrekkingen**

In dit onderzoek zijn gegevens van IZA- en VGZ met elkaar vergeleken. De gegevens hebben betrekking op vergoedingen aan zorgaanbieders en verzekerden over de jaren

1994, 1995 en 1996. Indien een vergoeding bijvoorbeeld in 1996 plaatsvond en de verzekerde de behandeling met betrekking tot deze declaratie in 1994 had genoten, is de betaling voor het jaar 1994 meegenomen. Dit betekent dat de analyses op transactiebasis zijn uitgevoerd en niet op kasbasis.<sup>17</sup>

De vergelijking tussen IZA en VGZ is bovendien uitgevoerd middels de bij de zorgverzekeraars bekende bruto bedragen.<sup>18</sup> Door uit te gaan van bruto bedragen zijn de verschillende eigen bijdrage systemen beter met elkaar vergelijkbaar. Declaraties die helemaal niet vergoed werden zijn niet meegenomen in de analyses. Dit betreft immers verstrekkingen in het derde compartiment.

In de eerste plaats is als uitgangspunt gehanteerd om alle verstrekkingen behorende tot de tweede compartimentszorg met elkaar te vergelijken tussen de twee systemen, tenzij dit onmogelijk zou zijn.<sup>19</sup> Aan de hand van de verkregen vergoedingencodeeringslijsten is beoordeeld of de verstrekte vergoedingen door VGZ en IZA in vergelijkbare rubrieken zijn verantwoord. Hierbij is alleen gekeken naar de vergoedingen die in de beide verzekeringsvormen voorkomen. Dus zowel in het IZA-pakket als bij de instapverzekering/maatschappijpolis van VGZ. Verstrekkingen die VGZ in de aanvullende verzekering heeft ondergebracht zijn niet in de vergelijking betrokken.

Concreet betekent dit, dat gekeken is of de coderingen van verschillende verstrekkingen bij VGZ onder dezelfde rubriek zijn geboekt als bij IZA. Bijvoorbeeld is de code voor de vergoeding kaakchirurgie zowel bij IZA als VGZ ondergebracht bij de rubriek tandheelkunde of bij medisch-specialistische zorg. Op basis van deze exercitie komen wij tot een indeling van verstrekkingen in onderstaande rubrieken. Betrekkelijk kleine of traceerbare verschillen zijn bij deze rubriekindeling geaccepteerd:<sup>20</sup>

1. Huisartsenhulp
2. Ziekenhuisverpleging en specialistische hulp
3. Orthodontie
4. Kraamzorg en verloskunde
5. Fysiotherapie en andere paramedische zorg
6. Geneesmiddelen
7. Tandheelkunde

---

<sup>17</sup> In het 'kasstelsel' worden uitgaven en ontvangsten toegerekend aan het tijdvak waarin de feitelijke kasbetaling respectievelijk kasontvangst plaatsvindt. In geval van medische consumptie gaat het dan om het tijdstip waarop de declaraties worden vergoed. In het 'transactiestelsel' worden uitgaven en ontvangsten toegerekend aan het tijdvak waarin de verplichting of vordering ontstaat tot desbetreffende uitgaven of ontvangsten. In het geval van medische consumptie gaat het dus om het tijdstip waarop de medische consumptie daadwerkelijk heeft plaatsgevonden.

<sup>18</sup> De bruto bedragen waarover IZA en VGZ beschikken zijn alle gedeclareerde bedragen die geheel of gedeeltelijk door hen worden vergoed. De netto bedragen zijn de declaraties die daadwerkelijk zijn vergoed.

<sup>19</sup> Hoewel ziekenvervoer ook tot de tweede compartimentszorg behoort, wordt deze niet meegenomen. In deze onderzoeksvraag staat de verleende zorg of een voorgeschreven behandeling door een arts centraal. Ziekenvervoer (taxi of ambulance) kan doorgaans slechts als middel worden aangemerkt om tot medische consumptie te komen. Bovendien zijn de uitgangspunten, die gehanteerd worden om in aanmerking te komen voor een vergoeding met betrekking tot ziekenvervoer, bij IZA en VGZ dermate verschillend dat een goede vergelijking van de categorie ziekenvervoer tussen beide zorgverzekeraars niet mogelijk is. Dit laatste aspect is ook de belangrijkste reden geweest om de categorie hulpmiddelen uit te sluiten van de analyses.

<sup>20</sup> Een gedeelte van bijvoorbeeld fysiotherapie (naar schatting  $\pm 1.5\%$  van de totale kosten van fysiotherapie) zou bij IZA in principe ondergebracht moeten worden bij rubriek II. Voor de eenvoud is hiervan afgezien.

Ten aanzien van rubriek twee is enige toelichting vereist. Voor specialistische hulp (poli-klinisch en klinisch) en ziekenhuisverpleging kennen beide verzekeraars een verschillende registratie, zodat de verstrekkingen slechts tezamen in het onderzoek konden worden betrokken. Uit nader onderzoek blijkt, dat de vergelijking van categorie twee tussen IZA en VGZ verbetert, indien voor IZA plastische chirurgie en een gedeelte van kraamverpleging wordt meegenomen. Dit betekent evenwel voor categorie vier dat de vergoedingen die hebben plaatsgevonden voor kraamverpleging niet meegeteld mogen worden bij IZA.

Tevens dient opgemerkt te worden dat bij de aanlevering van het VGZ datamateriaal, de AWBZ-vergoedingen ten aanzien van revalidatie, audiologie en erfelijkheidsonderzoek in de jaren 1994 en 1995, waren ondergebracht in rubriek twee. Helaas konden deze AWBZ-vergoedingen niet uit het bestand worden gehaald, waardoor voor IZA eveneens deze vergoedingen voor de jaren 1994 en 1995 bij de rubriek ziekenhuisverpleging en specialistische hulp diende te worden meegenomen. In 1996 zijn deze AWBZ-vergoedingen overgeheveld naar de hoofdverzekering, waardoor deze automatisch onder rubriek II kwamen te vallen.

De basisverzekering voor particulier VGZ-verzekerden met betrekking tot tandartshulp geldt slechts voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Verzekerden die 18 jaar of ouder zijn kunnen zich daarvoor aanvullend te verzekeren. Uit een onderzoek van het NIVEL<sup>21</sup> blijkt dat een daling van het tandartsenbezoek met name te constateren valt onder ziektefondsverzekerden die zich niet aanvullend verzekeren. Dit betekent kennelijk dat de verzekeringsvorm van invloed is op de consumptie van tandheelkundige zorg. In hoeverre het wel of niet aanvullend verzekerd zijn voor tandartshulp ook voor particulier verzekerden met een eigen risico van invloed is op het zorggebruik van tandartsen hulp, is door het aanbod van vele verschillende aanvullende tandartsverzekeringen, op voorhand moeilijk aan te geven. Vanwege de differentiatie van aanvullende tandartsverzekeringen wordt in dit onderzoek ervoor gekozen om volwassenen (18 jaar en ouder) buiten het onderzoek te houden voor wat betreft de consumptie van tandheelkundige zorg. IZA maakt in haar tandartsverzekeringspakket geen onderscheid naar leeftijd. Bovendien bestaat bij hen geen mogelijkheid om zich aanvullend te verzekeren voor tandheelkundige hulp. Bij het analyseren van het tandartsengebruik zullen naast de totale groep verzekerden die tandartszorg hebben genoten voornamelijk ook gekeken worden naar IZA- en VGZ-verzekerden beneden de 18 jaar.

### 3.3 Correcties

In het geval van de IZA-regeling zenden verzekerden altijd hun rekeningen in naar het verzekeringskantoor waarna zij de kosten na aftrek van de eigen bijdrage gerestitueerd krijgen. Daarmee komt de medische consumptie van IZA-verzekerden volledig in beeld. Bij particulier verzekerden met een (in dit geval collectief vastgesteld) eigen risico treedt onderrapportage op. Een aantal verzekerden stuurt de rekeningen op, als men de grens van het eigen risico heeft bereikt. Daarvoor vindt immers toch geen restitutie plaats. De vertekening die voortkomt uit dit verschijnsel kan alleen worden ondervangen door correctie achteraf.

Voor de benadering van deze consumptie die buiten zicht blijft bij VGZ-particulieren in

---

<sup>21</sup> NIVEL onderzocht tandartsenbezoek in 1995, Nederlands Tandartsenblad, Jaargang 51, nr. 9, 1996: 440-3.

de periode 1994 - 1996, de zogenaamde onzichtbare schade, is een model geconstrueerd. Dit model gaat uit van twee soorten kosten die een verzekerde kan hebben, namelijk kosten voor de hoofdverzekering en kosten voor AWBZ-bestanddelen die vanaf 1996 tot de hoofdverzekering worden gerekend maar in 1994 en 1995 nog onder de AWBZ vielen (namelijk geneesmiddelen), de zogenaamde AWBZ-overhevelingschade.<sup>22</sup> Schematisch resulteert dat in de volgende vier categorieën:

Schema 3.1 Vormen van kosten per verzekerde

	I	II	III	IV
Kosten ten laste van hoofdverzekering (HV)	NEE	NEE	JA	JA
Kosten ten laste van AWBZ-overheveling (AWBZ)	NEE	JA	NEE	JA

De onzichtbare schade waarvoor gecorrigeerd moet worden valt onder categorie I en II. Tot categorie I behoren verzekerden die in werkelijkheid zorg genoten kunnen hebben gehad, maar deze niet hebben gedeclareerd omdat de kosten onder het eigen risico bleven. Voor de zorgverzekeraar lijkt het net alsof ze geen schade hebben gehad. Categorie II bestaat uit de groep verzekerden die wel AWBZ-overhevelingsschade hebben gehad, maar geen kosten ten laste van de hoofdverzekering. Deze relatie lijkt zeer onrealistisch. De veronderstelling is immers dat mensen die geen schade op de hoofdverzekering hebben, maar wel AWBZ-overhevelingsschade vertonen en naar alle waarschijnlijkheid ook schade voor de hoofdverzekering moeten hebben gehad. Medische consumptie die tot de overhevelingsschade gerekend kan worden, zoals geneesmiddelen, gaat vrijwel altijd gepaard met zorggebruik, bijvoorbeeld arts- of specialistenbezoek, die tot de hoofdverzekeringsschade behoort. Er is dus een directe relatie te veronderstellen tussen AWBZ-overhevelingsschade en de hoofdverzekeringsschade.

Het model dat is toegepast om de onzichtbare schade per verzekerde en naar verstrekkingensoort te bepalen kan als volgt in enkele stappen worden beschreven. Allereerst werd voor de groep verzekerden die hun rekeningen insturen, maar onder het eigen risico bleven (de groep mensen dus die wèl rekeningen opsturen ook als ze nog onder het eigen risico blijven), de gemiddelde schade berekend, uitgesplitst naar eigen risico-klasse, AWBZ-overhevelingsschade, geslacht en verstrekkingensoort.<sup>23</sup> Vervolgens werd deze gemiddelde schade naar verstrekkingensoort, AWBZ-overhevelingsschade (in categorieën fl. 0, tot fl. 500, fl. 500-1000 en fl. 1000 en meer), geslacht en eigen-risico-klasse (in categorieën oplopend met telkens fl. 100) toegekend aan de verzekerden die in het bestand van VGZ geen schade op de hoofdverzekering hadden (HV=0). Schematisch betekent dit dat de onzichtbare schade als volgt is berekend:

<sup>22</sup> De AWBZ-bestanddelen die in 1994 en 1995 niet tot de hoofdverzekering werden gerekend en in 1996 wel, zijn hoofdzakelijk geneesmiddelen).

<sup>23</sup> Aangezien deze groep relatief klein is, is deze niet verder uitgesplitst naar leeftijd. De gemiddelde schade zou immers hierdoor op een te kleine groep gebaseerd worden, waardoor deze niet meer een goede en betrouwbare afspiegeling zou vormen voor de groep verzekerden waaraan de gemiddelde schade zou moeten worden toegekend. Het gevaar dat anders zou kunnen optreden is dat individuele verzekerden met hoge kosten op deze manier onevenredig veel het gemiddelde van de categorieën zouden beïnvloeden. Bovendien blijkt dat de totale onzichtbare schade voor het jaar 1994 met behulp van gehanteerde methode zonder uitsplitsing naar leeftijd goed overeenkomt met eerdere berekeningen van VGZ ten aanzien van de onzichtbare schade in 1994 (2,6 milj vs. 2.4 milj).



Schema 3.2 Overzicht berekening van de onzichtbare schade bij VGZ-verzekerden met een eigen risico

ER per polis	Verstrekkingensoort	Geslacht	AWBZ-overhevelingsschade	Gemiddelde omvang HV-schade bij polissen met $0 < HV < ER$ (mensen die dus alles insturen)	Toekenning OS aan aantal polissen met $HV=0$ an $AWBZ > 0$
0	Rubriek 1	Man	0	$x_1$	$y_1 * x_1$
			0 - 500	$x_2$	$y_2 * x_2$
			500-1000	$x_3$	$y_3 * x_3$
			> 1000	$x_4$	$y_4 * x_4$
		Vrouw	0	$x_5$	$y_5 * x_5$
			0 - 500	$x_6$	$y_6 * x_6$
			500-1000	$x_7$	$y_7 * x_7$
			> 1000	$x_8$	$y_8 * x_8$
	(rubriek 3, 4 enz.)	Man	0	$x_9$	$y_9 * x_9$
			0 - 500	$x_{10}$	$y_{10} * x_{10}$
			500-1000	$x_{11}$	$y_{11} * x_{11}$
			> 1000	$x_{12}$	$y_{12} * x_{12}$
		Vrouw	0	$x_{13}$	$y_{13} * x_{13}$
			0 - 500	$x_{14}$	$y_{14} * x_{14}$
			500-1000	$x_{15}$	$y_{15} * x_{15}$
			> 1000	$x_{16}$	$y_{16} * x_{16}$
0 - 100 ↓ (100-200, 200-300 enz.)	(rubriek 3, 4 enz.)	Man	0	$x_{17}$	$y_{17} * x_{17}$
			0 - 500	$x_{18}$	$y_{18} * x_{18}$
			500-1000	$x_{19}$	$y_{19} * x_{19}$
			> 1000	$x_{20}$	$y_{20} * x_{20}$
		Vrouw	0	$x_{21}$	$y_{21} * x_{21}$
			0 - 500	$x_{22}$	$y_{22} * x_{22}$
			500-1000	$x_{23}$	$y_{23} * x_{23}$
			> 1000	$x_{24}$	$y_{24} * x_{24}$

Legenda: ER=eigen risico; HV=hoofdverzekering; OS=onzichtbare schade;  
 $x$ =  
 gemiddelde schade op de hoofdverzekering bij mensen die alles insturen maar onder het eigen risico blijven berekend per afzonderlijke categorie (ER, verstrekkingensoort, geslacht, AWBZ-overhevelingsschade), welke als onzichtbare schade wordt aangemerkt aan  $y$ ;  
 $Y$ =  
 aantal polissen zonder schade op de hoofdverzekering die op basis van een overeenkomstige categorie-indeling, onzichtbare schade ( $x$ ) krijgen toegekend.

Op basis van de AWBZ-overhevelingsschade en de gemiddelde schade die verzekerden hebben gehad die alles insturen, maar onder het eigen risico blijven, is dus de onzichtbare schade op verzekerdenniveau geschat. Aangezien in de jaren 1994 en 1995 precieze gegevens beschikbaar waren van de AWBZ-overhevelingsschade was de onzichtbare schade redelijk goed te benaderen. In 1996 is de schade voor de categorie geneesmiddelen overgeheveld van de AWBZ naar de hoofdverzekering. Het berekenen van de onzichtbare schade op verzekerdenniveau en naar verstrekkingensoort aan de hand van bovenstaande gehanteerde methode werd hierdoor in het jaar 1996 onmogelijk. Na het construeren van enkele andere methoden om de onzichtbare schade voor het jaar 1996 te berekenen naar eigen risico-klasse, AWBZ-overhevelings-

schade, geslacht en verstrekkingensoort, moest worden geconcludeerd dat dit helaas geen valide resultaten opleverden. Doordat in dit onderzoek de consumptie-effecten van het IZA- en VGZ-systeem niet op individueel niveau of op groepsniveau worden vergeleken, maar naar verstrekkingensoort (rubriek I, II, etcetera), is voor het jaar 1996 onzichtbare schade slechts naar verstrekkingensoort geschat. Dit was mogelijk, doordat de onzichtbare schade naar verstrekkingensoort in het jaar 1994 en 1995 bekend was. Door het gemiddelde van de onzichtbare schade van het jaar 1994 en 1995 naar verstrekkingensoort als uitgangspunt te nemen voor de onzichtbare schade voor het jaar 1996, kon hierdoor met enige voorzichtigheid ook de onzichtbare schade voor het jaar 1996 naar afzonderlijke verstrekkingensoort bepaald worden.

In tabel 3.3 is te zien hoe hoog het percentage onzichtbare schade per verstrekking gemiddeld was over 1994 en 1995. De cijfers die in hoofdstuk 5 voor verzekerden met een eigen risico worden gepresenteerd, zijn steeds gecorrigeerd voor deze onzichtbare schade (met uitzondering uiteraard van de bedragen voor geneesmiddelen in 1994 en 1995, die immers volledig in beeld kwamen doordat geneesmiddelen onder de AWBZ 100% vergoed werden). De ongecorrigeerde bedragen per VGZ-verzekerde zijn te vinden in Bijlage 2.

Tabel 3.3 Gemiddeld percentage onzichtbare schade per verstrekking in 1994 en 1995

Verstrekking	Onzichtbare schade (%)
Huisarts	10,4
Ziekenhuis en medisch specialist	1,7
Tandheelkundige zorg	10,9
Orthodontie	2,9
Fysiotherapie en andere paramedische zorg	4,5
Kraamzorg en verloskunde	0,0
TOTAAL	2,3

Uit tabel 3.3 blijkt dat het percentage onzichtbare schade varieert per verstrekking. In het algemeen geldt dat naarmate een verstrekking duurder is, het percentage onzichtbare schade lager is. Consumptie van deze verstrekking leidt immers al gauw tot overschrijding van het eigen risico en daarmee het in beeld komen van de volledige zorgkosten.

### 3.4 Gevolgde aanpak

De gevolgde onderzoeks aanpak, die zoveel als mogelijk rekening houdt met bovenstaande overwegingen, kan in drie stappen worden weergegeven:

1. Allereerst zijn voor de jaren 1994, 1995 en 1996 alle collectief, particulier verzekerden boven de loongrens (voor VGZ met de pakketcode I, IA of IKN), jonger dan 65 jaar en woonachtig in Noord-Brabant en Limburg geselecteerd uit het verzekerdenbestand van IZA en VGZ.
2. Vervolgens is middels bruto vergoedingen van de geselecteerde verzekerden naar

afzonderlijke zorgsoort (huisartsenhulp, ziekenhuiszorg en specialistische hulp, orthodontie, kraamzorg en verloskunde, fysiotherapie en andere paramedische zorg, tandartshulp, geneesmiddelen en het totaal van deze afzonderlijke zorgsoorten) de door IZA en VGZ te betalen gemiddelde kosten per verzekerde per zorgsoort berekend. Deze gemiddelden zijn gecorrigeerd voor het aantal dagen dat een verzekerde in desbetreffend jaar verzekerd is geweest. Daarnaast is er een opsplitsing gemaakt tussen VGZ-verzekerden zonder een eigen risico en met een eigen risico.

3. Middels indexcijfers zijn de gevonden gemiddelde zorgprijzen van IZA en VGZ zonder eigen risico afgezet tegen de gemiddelde VGZ-zorgprijzen met een eigen risico (gecorrigeerd voor onzichtbare schade en voor verschillen in de leeftijds- en geslachtsverdeling van de populaties).

## 4 HYPOTHESEN

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal getracht worden vanuit de literatuur een theoretische achtergrond te geven behorende bij de gestelde onderzoeksvraag: 'In hoeverre verschillen de effecten op zorgconsumptie van vergelijkbare groepen verzekerden in een systeem van eigen risico's versus een systeem van procentuele eigen betalingen.'

Centraal in deze vraagstelling staat het *zorgconsumptiegedrag van gelijke groepen* patiënten binnen verschillende soorten *verzekeringsystemen* in de gezondheidszorg. Aan elk van deze begrippen zal hieronder aandacht worden besteed.

### 4.2 Zorgconsumptie en verzekeringsvorm

Zorgconsumptie van patiënten is onderhevig aan restricties die het gezondheidszorg-systeem met zich meebrengt. In het algemeen zijn in de Nederlandse gezondheidszorg drie groepen (subjecten) te onderscheiden waarbinnen betalen, beslissen en gebruiken plaatsvindt. Zorgverleners (artsen en begeleiders) beslissen welke medische handelingen zullen worden toegepast bij zorggebruikers. Zorgverzekeraars vergoeden op hun beurt, afhankelijk van de wijze waarop zorggebruikers verzekerd zijn, de kosten die gepaard gaan met medische handelingen.

Hoewel de drie voornoemde actoren ieder afzonderlijk invloed uitoefenen op de omvang van de zorgconsumptie (beslissen, betalen en 'genieten' gaan immers niet in één hand) is met name de interactie tussen zorggebruikers en zorgverleners belangrijk. Afhankelijk van de ernst van het gezondheidsprobleem zal een patiënt een beslissing nemen om contact te zoeken met een zorgverlener. Hoewel particulier verzekerde patiënten, in tegenstelling tot ziekenfondsverzekerden, de mogelijkheid hebben om rechtstreeks naar een specialist te gaan, gebeurt dit relatief weinig.<sup>24</sup> In de praktijk gaan patiënten in eerste instantie naar de huisarts of tandarts alvorens zij doorverwezen worden naar een specialist. De *initiële beslissing* om naar de huisarts of de tandarts te gaan wordt gevormd door de vragen: 'wil ik zorg?', 'zal ik om zorg vragen?' en 'wat verwacht ik van de zorg?' (Stokx & Post, 1997, pag. 29). Eigen betalingen zijn vooral van invloed op deze initiële beslissing van patiënten om al dan professionele hulp te zoeken (Delnoij, 1997, pag. 105). Eenmaal bij de huisarts (of een andere rechtstreeks toegankelijke aanbieder) hebben eigen betalingen veel minder effect op de consumptie, omdat het dan vooral de huisarts is die beslist *welke* medische handeling *wanneer, hoe* en door *wie* verricht moet worden. Met andere woorden, *vervolgcon-*

---

<sup>24</sup> Ziekenfondsverzekerden kunnen geen specialist bezoeken zonder verwijskaart van de huisarts. Indien zij in spoedgevallen rechtstreeks naar een specialist gaan, dienen ziekenfondsverzekerden alsnog achteraf een verwijskaart bij de huisarts te halen. Voor particulier verzekerden wordt veelal ook een verwijzing voor een bezoek aan de specialist geëist. Uit recent onderzoek is echter gebleken dat particuliere verzekeraars nauwelijks controle uitoefenen op de naleving hiervan (Kulu-Glasgow & Delnoij, 1997).

**sumptie**<sup>25</sup> wordt minder sterk door eigen betalingen beïnvloed dan consumptie van rechtstreeks toegankelijke zorg.

Normaal gesproken laat de patiënt zich dus ten aanzien van het type vervolgonsumptie leiden door de zorgverlener. De huisarts of tandarts wordt immers in staat geacht de effecten van verschillende behandelingen op de gezondheid beter te kunnen inschatten dan de patiënt zelf. In hoeverre patiënten daadwerkelijk de adviezen van een zorgverlener opvolgen is enerzijds afhankelijk van de mate waarin het advies overeenstemt met het (1) *verwachingspatroon* waarmee de zorggebruiker de zorgverlener benadert. Komt het verwachingspatroon overeen met het advies dan zal dit doorgaans door de zorggebruiker worden opgevolgd. Wijkt het advies in grote mate af van het verwachingspatroon, dan wordt, afhankelijk van de overtuigingskracht van de zorgverlener en de wijze waarop zorgverleners omgaan met zorggebruikers, het advies ten aanzien van de vervolgonsumptie door de zorggebruiker al dan niet naast zich neergelegd. Naarmate het gezondheidsprobleem urgenter is, zullen patiënten meer geneigd zijn om richtlijnen van de huisarts of tandarts op te volgen (Groenewegen, 1996, pag. 6-7). Het maken van eigen keuzen van verschillende behandelingen is meestal pas mogelijk als de patiënt voldoende kennis bezit van zijn gezondheidstoestand en van de mogelijkheden van het zorgaanbod. In de praktijk is er meestal informatie-asymmetrie tussen zorggebruikers en zorgverleners. Jongere en hoger opgeleide zorggebruikers en zorggebruikers met chronische aandoeningen kunnen hierop een uitzondering vormen (Stokx & Post, 1997, pag. 29).

Anderzijds is het opvolgen van het advies van een arts mede afhankelijk van (2) de *mogelijkheden* daartoe. Deze zijn afhankelijk van het type **verzekeringvorm**. In Nederland zijn, door de aanwezigheid van ziektekostenverzekeringen, de mogelijkheden voor zorggebruik voldoende aanwezig. De vraag of Nederlanders de zorg kunnen betalen, speelt nauwelijks een rol. Het grootste deel van de Nederlanders is immers verzekerd tegen ziektekosten. Doordat zorggebruikers goed verzekerd zijn hoeven zij bij het consumeren van medische hulp doorgaans geen financiële afweging te maken. Een ziektekostenverzekering prikkelt zorggebruikers derhalve niet om kostenbewust te consumeren. Een groei van zorggebruik vanwege moral-hazard is het mogelijke gevolg. Een toename in medische consumptie kan bovendien versterkt worden doordat de Nederlandse bevolking gewend is geraakt aan de hoge kwaliteit van de geboden zorg, er op medisch gebied technisch veel meer mogelijkheden bestaan dan vroeger en er in toenemende mate vergrijzing optreedt in Nederland. Uit onderzoek van Bakker blijkt dat de gemiddelde medische kosten toenemen naarmate de leeftijd van zorggebruikers toeneemt.<sup>26</sup>

Door invoering van eigen risico's en eigen bijdragen trachten de overheid en verzekeraars verzekerden te prikkelen om kostenbewuster met zorg om te gaan. Nadeel van eigen betalingen is dat sommige groepen patiënten een verhoogd gezondheidsrisico

---

<sup>25</sup> Vervolgonsumptie is de medische zorg die aanbevolen wordt door de huisarts en/of tandarts. Hiertoe worden de specialistische hulp, de fysiotherapie, de voorgeschreven medicijnen en de ligdagen in het ziekenhuis gerekend.

<sup>26</sup> Ten aanzien van de kans op kosten en de gemiddelde kosten is in de leeftijdscategorieën '5-24' en '25-44' een interactie-effect met geslacht waarneembaar. Vrouwen hebben dan gemiddeld ongeveer twee keer zoveel kosten als mannen. In de leeftijdscategorieën '45-64' en '65-plus' zijn de gemiddelde kosten niet sterk afhankelijk van het geslacht. In de leeftijdscategorie '65-plus' is de kans op kosten voor het basispakket in een jaar bijna 1, namelijk 0,95 bij mannen en 0,96 bij vrouwen. (Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen, F. Bakker, 1997, blz. 24).

lopen doordat zij een financiële afweging moeten maken indien zij gebruik willen maken van de aangeboden zorg. Soms zal dat ertoe leiden dat ze gebruik moeten maken van een alternatief (het substitutie-effect). In een enkel geval zullen patiënten vanuit hun financiële mogelijkheden zelfs moeten afzien van een bepaalde behandeling. Een optimale zorgverlening vanuit medisch oogpunt komt hierdoor onder druk te staan. Twee effecten die dus sowieso door het invoeren van een eigen betalingssysteem zullen optreden zijn het inkomens-effect en het substitutie-effect (Starmans, 1998, pag. 12-13)

#### *Inkomens-effect*

Zorggebruikers zullen bij het bepalen van de noodzaak tot medische consumptie geleid worden door de mogelijkheden die hun ter beschikking staan en die onder meer bepaald worden door hun inkomen. Onder een systeem van eigen betalingen zal de financiële positie van een zorggebruiker zowel worden meegenomen bij de afweging, of men wel of niet naar een zorgaanbieder toestapt, als bij de afweging of men wel of niet gebruik zal maken van de geboden zorg. Tegenstanders van eigen betalingen zijn van mening dat zulke afwegingen ertoe kunnen leiden dat patiënten vanuit financiële overwegingen het advies van hun huisarts naast zich neerleggen, waardoor hun gezondheidstoestand een verhoogd risico kan lopen. Het inkomenseffect kan met de voor dit project beschikbare data niet nader worden onderzocht.

#### *Substitutie-effect*

Zoals meerdere malen al is aangegeven, kunnen eigen betalingen mensen remmen in hun vraag naar zorg. Eenmaal onder behandeling van een arts zal het consumptieremmend effect van eigen betalingen gering zijn. De arts en niet of in veel mindere mate de patiënt is een belangrijke beslisser in de vraag naar zorg. Doordat de beslissing van de arts de patiënt geld kan kosten, zal de patiënt invloed trachten uit te oefenen op de beslissing van de arts. De patiënt kan bijvoorbeeld vragen om een andere behandeling, een goedkoper alternatief. In hoeverre dit in de praktijk ook daadwerkelijk plaatsvindt, is afhankelijk van de mondigheid van de patiënt. Eigen betalingen kunnen voor zorggebruikers dus een prikkel zijn om naar alternatieven te zoeken. Het substitueren van zorg naar 'alternatieve' zorg kan op drie manieren plaatsvinden (Starmans, 1998):

Het **externe substitutie-effect**: het zorgaanbod waarvoor eigen betalingen worden gevraagd, wordt vervangen door zorg die niet in het verzekeringspakket is opgenomen. Op deze manier kan de vraag naar verzekerde zorgproducten afnemen. Naar verwachting zullen de kosten, bij een verzekeringssysteem met eigen betalingen, voor de zorgverzekeraars afnemen, bij een gelijke zorgvraag. Afhankelijk van de kwaliteit en de effectiviteit van de substituten hoeft het externe substitutie niet ten koste van de nationale gezondheidsstandaard te gaan.

Het **interne substitutie-effect**: in plaats van medische consumptie waarvoor eigen betalingen worden gevraagd, wordt gekozen voor zorgaanbod dat in het verzekeringspakket is opgenomen, en waarvoor eveneens eigen betalingen gelden. Van de verschillende behandelingsopties waarvoor eigen betalingen gelden wordt de goedkoopste gekozen. (patiënten zullen wellicht sneller gaan vragen naar goedkopere medicijnen) De mate waarin substitutie optreedt van zorg met een hoge eigen betaling naar zorg met een lage eigen betaling, is onder andere afhankelijk van de substitueerbaarheid van zorg en de mate waarin artsen willen meewerken aan deze substitutie. Voor de patiënt levert deze vorm van substitutie een kostenvoordeel op, omdat deze zelf minder hoeft te betalen. De vervangende zorg kan daarentegen hogere maatschappelij-

ke kosten met zich meebrengen. In dat geval spreekt Bakker van ongewenste substitutie. (Bakker, 1997, pag. 66-67)

Het **semi-externe substitutie-effect**: in plaats van medische consumptie waarvoor een eigen bijdrage wordt gevraagd wordt gekozen voor medische consumptie die eveneens in het verzekeringspakket is opgenomen, maar waarvoor geen eigen betaling is vereist. Bij semi-externe substitutie wordt dus zorgconsumptie waarvoor eigen betalingen gelden, vervangen door consumptie van zorg die wel verzekerd is, maar waarvoor geen eigen betalingen gelden. In de praktijk zou dit kunnen betekenen dat bijvoorbeeld ziekenfondsverzekerden met een aanvullende verzekering voor alternatieve geneeswijzen, minder snel naar een specialist gaan voor een behandeling indien daarvoor een betaald moet worden, maar sneller gebruik zullen maken van de zorg die door alternatieve genezers wordt aangeboden.

Het invoeren van eigen betalingen in de gezondheidszorg, in de vorm van een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico, kan dus een inkomens-effect (een financieringsverschuiving naar de gebruiker toe) en substitutie-effecten met zich meebrengen. Uit voorgaande is bovendien gebleken dat patiënten minder invloed op de hoeveelheid verleende zorg hebben wanneer zij eenmaal onder behandeling zijn, dan op de initiële beslissing om al dan niet zorg te gaan gebruiken. Het inkomens- en substitutie-effect bij vervolgsomptie zal dus naar verwachting kleiner zijn dan bij de initiële zorgconsumptie.

### 4.3 Algemene uitgangspunten

Op basis van wat bekend is uit de literatuur over eigen betalingen kunnen nu hypothesen worden opgesteld met betrekking tot de verschillende effecten van eigen risico (VGZ) versus procentuele eigen bijdragen (IZA).

Bij het opstellen van de hypothesen en het uitvoeren van de analyses zullen de IZA-verzekerden als referentiegroep worden gekozen. Dit betekent dat zowel de groep particulier verzekerden zonder een eigen risico (ERØ) als met een eigen risico (ER) vergeleken zullen worden met de groep IZA-verzekerden.

Uitgaande van bestaande theoretische inzichten en de aanpassingen die zijn aangebracht om de te onderzoeken groepen verzekerden voor deze onderzoeksvraag optimaal vergelijkbaar te maken, kunnen bij het opstellen van de hypothesen op voorhand enkele algemene uitgangspunten in acht worden genomen met betrekking tot het te verwachten consumptiepatroon van IZA en particulier VGZ-verzekerden. Deze uitgangspunten zijn de volgende:

1. Particulier verzekerden zonder eigen risico genereren meer medische kosten dan particulier verzekerden met een eigen risico en dan IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage.  
*Algemeen:*  $ERØ > ER$  en  $ERØ > IZA$
2. Het verschil in gegenereerde zorgkosten zal bij particulier verzekerden zonder eigen risico ten opzichte van IZA-verzekerden met een procentuele bijdrage of particulier verzekerden met een eigen risico groter zijn bij rechtstreeks toegankelijke zorg, zoals huisartsenhulp, dan bij vervolgsomptie. Immers bij vervolgsomptie laat

men zich veelal leiden door het verwijfsadvies van de verwijzende arts.

*Rechtstreeks toegankelijke zorg:* Verschil tussen  $ER\emptyset$  en IZA of ER is groot, dus  
 $ER\emptyset > ER$  èn  
 $ER\emptyset > IZA$

*Vervolgconsumptie:* Verschil tussen  $ER\emptyset$  en IZA of ER is gering,  
dus  $ER\emptyset \approx ER$  èn  
 $ER\emptyset \approx IZA$

3. Bij noodzakelijke zorg zal het verschil in gegenereerde zorgkosten bij particulier verzekerden zonder eigen risico ten opzichte van IZA-verzekerden met een procentuele bijdrage of particulier verzekerden met een eigen risico kleiner zijn dan bij minder noodzakelijke zorg.

*Noodzakelijke zorg:* Verschil tussen  $ER\emptyset$  en IZA of ER is zeer gering,  
dus  $ER\emptyset \approx ER$  èn  
 $ER\emptyset \approx IZA$

*Niet noodzakelijke zorg:* Verschil tussen  $ER\emptyset$  en IZA of ER is groot, dus  
 $ER\emptyset > ER$  èn  
 $ER\emptyset > IZA$

4. Er kan onderscheid gemaakt worden tussen 'kleine consumpties' en 'grote consumpties'. Door gebruik te maken van 'dure' zorg, zoals een ziekenhuisopname, zal het eigen risico sneller bereikt zijn dan bij 'goedkope' zorg. Na het volmaken van het eigen risico komen de zorgkosten niet meer voor eigen rekening. Mensen met een eigen risico zullen ten aanzien van 'kleine zorg' minder kosten genereren dan IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage. Het maximum van de eigen risicogrens zal niet snel bereikt worden. Ten aanzien van 'grote zorg' zullen verzekerden met een eigen risico zich daarentegen niet anders gedragen dan mensen zonder eigen risico (het eigen risico is immers bereikt) en om die reden meer consumeren IZA-verzekerden.

*'Goedkope' zorg:*  $ER < IZA$

*'Dure' zorg:*  $ER > IZA$

Met behulp van deze uitgangspunten zullen in het volgende hoofdstuk de hypothesen naar afzonderlijke zorgsoort uitgewerkt worden.



## 5 RESULTATEN

### 5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verschillen bij vergelijkbare groepen verzekerden tussen een systeem van eigen risico en een systeem van een procentuele eigen bijdrage naar afzonderlijke zorgsoort in de jaren 1994, 1995 en 1996 beschreven. Tevens zullen alle verstrekkingen tezamen worden besproken. Hierdoor wordt het mogelijk om zowel eventuele bijzonderheden per verstrekking tussen beide verzekeringsystemen te bespreken als een totaal vergelijking te maken.

Om de verschillende systemen goed met elkaar te kunnen vergelijken zijn de resultaten van IZA-verzekerden op 100 gesteld. De resultaten van collectief, particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico en met een eigen risico zijn hieraan geïndexeerd. De VGZ-cijfers (ER=0 en ER>0) zijn gestandaardiseerd naar de leeftijds- en geslachtsverdeling van de IZA-verzekerden. Met andere woorden, er is gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijds-/geslachtsopbouw van de verzekerde populaties. De VGZ-cijfers van mensen met een eigen risico (ER>0) zijn bovendien gecorrigeerd voor onzichtbare schade. Alle bedragen in guldens zijn afgerond op een veelvoud van vijf cent.

Ter indicatie van de omvang van de geselecteerde verzekerdenpopulatie, volgt in tabel 5.1 een kort overzicht van het aantal verzekerden naar type zorgsysteem voor de jaren 1994, 1995 en 1996, waarop de analyses hebben plaatsgevonden.<sup>27</sup>

Tabel 5.1 Omvang van de geselecteerde verzekerde populatie in 1994, 1995 en 1996 naar afzonderlijke verzekeringsvorm

Jaar	VGZ: ER > 0	VGZ: ER = 0	IZA
1994	39.743	35.259	47.543
1995	51.582	40.591	47.247
1996	50.987	42.148	46.392

De toename in het aantal VGZ-verzekerden tussen 1994 en 1995 wordt veroorzaakt door overschrijving van een groep individueel VGZ-verzekerden naar een tweetal collectiviteiten. Doordat de populaties van de afzonderlijke type verzekeringsvormen vrij groot zijn, zullen de berekende gemiddelden per verstrekkingensoort zeer betrouwbaar zijn.

<sup>27</sup> Aangezien er uit is gegaan van een postcodebestand van het jaar 1994, is het wellicht mogelijk dat door het introduceren van nieuwe postcodegebieden voor de jaren 1995 en 1996 er voor deze jaren niet alle verzekerden zijn geselecteerd die woonachtig zijn in Noord-Brabant en Limburg. In werkelijkheid zullen het aangesloten aantal verzekerden uit Noord-Brabant en Limburg bij VGZ en IZA wellicht iets groter zijn dan de geselecteerde groep verzekerden waarmee geanalyseerd is.

## 5.2.1 Huisartsenhulp

### Hypothesen

IZA-verzekerden (IZA) betalen voor elk huisartsenbezoek tien procent van de kosten zelf, terwijl particulier verzekerden met een eigen risico (ER) de gehele huisartsenkosten zelf moet betalen, zolang deze onder het eigen risico blijven. Particulier verzekerden zonder een eigen risico (ERØ) kunnen in principe ongelimiteerd naar de huisarts gaan. Een bezoek aan de huisarts is in dat geval gratis. Een rem op de vraag naar huisartsenhulp ontbreekt. Nadat particulier verzekerden het eigen risico hebben overschreden wordt ook bij hen de gemaakte huisartsenkosten volledig vergoed en zullen verzekerden zich gaan gedragen als volledig verzekerden. Uit het Rand-experiment blijkt dat alle vormen van eigen bijdragen voor huisartsen leiden tot een daling in de consumptie en/of de kosten van zorg. Dit betekent dat, in overeenstemming met uitgangspunt 1 in paragraaf 4.3, de kosten van huisartsenhulp voor zowel particulier verzekerden met een eigen risico als IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage, lager zullen zijn dan bij particulier verzekerden zonder eigen risico. De onderlinge verschillen worden vergroot, doordat hier tevens sprake is van rechtstreeks toegankelijke zorg. Voordat een bezoek aan de huisarts wordt gebracht, maakt een zorggebruiker zelf de afweging of hij wel of niet ernaar toe zal gaan. Een bezoek aan de huisarts wordt dus op eigen initiatief genomen.

Hypothese 1: Huisartsenhulp  $ERØ > ER$  en  $ERØ > IZA$

Particulier verzekerden met een eigen risico zullen naar verwachting minder gebruik maken van de huisarts dan IZA-verzekerden ( $IZA > ER$ ). Dit wordt veroorzaakt doordat huisartsenhulp als 'goedkope' zorg aangemerkt kan worden. Afhankelijk van de noodzaak van een huisartsenconsult, zal een particulier verzekerde met een eigen risico, daardoor sneller geneigd zijn om af te zien van een huisartsenconsult indien deze nog ver verwijderd is van de eigen risicogrens. De kosten die gemaakt worden voor een bezoek aan de huisarts, zullen immers geheel voor eigen rekening komen. De hypothese voor huisartsenconsumptie luidt als volgt:

Hypothese 2: Huisartsenhulp  $ERØ > IZA > ER$

Tabel 5.2 Gemiddelde kosten van huisartsenzorg per verzekerde naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd\* voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties en voor onzichtbare schade)

Kosten van huisartsenzorg		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde in NLG	1994	116,50	85,30	99,10
	1995	119,75	83,00	100,90
	1996	120,15	86,25	100,40
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	118	86	100
	1995	119	82	100
	1996	120	86	100

\* VGZ-populatie met en zonder eigen risico is gestandaardiseerd naar leeftijds-/geslachtsopbouw van IZA-verzekerden. Voor ongecorrigeerde bedragen: zie bijlagen

Uit tabel 5.2 blijkt dat de verzekerden zonder eigen risico gemiddeld meer huisartsenschade genereren dan IZA-verzekerden, die op hun beurt weer gemiddeld meer scha-

de hebben dan VGZ-verzekerden met een eigen risico. Dit beeld is geheel in overeenstemming met hypothese twee ( $ER\emptyset > IZA > ER$ ). Hieruit zou geconcludeerd mogen worden dat voor rechtstreeks toegankelijke zorg zoals de huisarts, verzekerden met een procentuele eigen bijdrage of een eigen risico, minder kosten veroorzaken dan verzekerden zonder eigen risico. Voor huisartsenhulp blijkt een eigen risico bovendien remmender te werken dan een procentuele eigen bijdrage. Opmerkelijk is dat de gemiddelde huisartskosten voor VGZ-verzekerden met een eigen risico in 1995 afnemen ten opzichte van 1994 terwijl deze voor IZA-verzekerden en VGZ-verzekerden zonder eigen risico net zijn gestegen.

## 5.2.2 Ziekenhuis- en specialistenhulp

### Hypothesen

Zoals reeds bleek kunnen de categorieën ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, door een afwijkende administratie tussen VGZ en IZA, niet afzonderlijk met elkaar worden vergeleken. Doordat het vergoedingssysteem voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp bij IZA afwijkt van VGZ zullen in eerste instantie enkele hypothesen opgesteld worden voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp afzonderlijk, waarna vervolgens een hypothese voor de gehele categorie ziekenhuisverpleging en specialistische hulp zal worden opgesteld. Uitgangspunt 1 in paragraaf 4.3 veronderstelt dat particulier verzekerden zonder eigen risico meer medische kosten zullen genereren dan IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage en particulier verzekerden met een eigen risico. Ziekenhuisverpleging is echter een vorm van vervolconsumptie. Patiënten laten zich ten aanzien van vervolconsumptie leiden door het advies van artsen. Het type verzekeringsvorm speelt daarbij nauwelijks een rol. Het verschil in gegenereerde ziekenhuiskosten tussen particulier verzekerden zonder een eigen risico met IZA-verzekerden of particulier verzekerden met een eigen risico zal op basis hiervan wellicht gering zijn.

Hypothese 3:           Ziekenhuisverpleging            $ER\emptyset \geq ER$  en  $ER\emptyset \geq IZA$

Zowel IZA-verzekerden als VGZ-particulier verzekerden krijgen ziekenhuisverpleging volledig vergoed. De volledige vergoeding van ziekenhuiskosten voor particulier verzekerden treedt pas in werking als het eigen risico overschreden is. Ziekenhuisverpleging is een 'dure' zorgvorm. Voor 'dure' zorg werd in hoofdstuk 4 de algemene hypothese  $ER > IZA$  geformuleerd. Echter doordat IZA-verzekerden helemaal geen eigen betalingen verschuldigd zijn ziekenhuisverpleging en particulier verzekerden tot aan het eigen risico wel de ziekenhuisverpleging geheel moeten betalen, zullen IZA verzekerden nagenoeg evenveel ziekenhuiskosten genereren als particulier verzekerden met een eigen risico ( $ER \approx IZA$ ). De hypothese ten aanzien van ziekenhuisverpleging kan aan de hand van bovenstaande redeneringen als volgt worden omschreven:

Hypothese 4:           Ziekenhuisverpleging            $ER\emptyset \geq ER \approx IZA$

### Hypothesen

Met betrekking tot poliklinische specialistische hulp dienen IZA-verzekerden tien procent van de genoten zorg zelf te betalen. Particulier verzekerden krijgen de specialistische hulp boven het eigen risico helemaal vergoed.

In zijn algemeenheid wordt verondersteld dat particulier verzekerden zonder eigen risico meer medische kosten genereren dan particulier verzekerden met een eigen risico en ook meer dan IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage ( $ER\emptyset > ER$  en  $ER\emptyset > IZA$ ). Voor dat verzekerden naar de specialist gaan, brengen zij doorgaans echter eerst een bezoek aan de huisarts. Zelfs het merendeel van particulier verzekerden die rechtstreeks naar de specialist kunnen gaan, gaat eerst naar de huisarts. Hypothese twee luidde dat particulier verzekerden met een eigen risico veel minder naar de huisarts gaan. Indien dit verschil te wijten is aan het feit dat particulier verzekerden met een eigen risico slechts afzien van een huisartsbezoek bij onschuldige aandoeningen en alleen naar de huisarts gaan wanneer zij echt iets mankeren, dan betekent een lagere bezoekersfrequentie van particulier verzekerden met een eigen risico aan de huisarts ten opzichte van IZA-verzekerden niet automatisch dat zij ook minder specialistische kosten zullen genereren dan IZA-verzekerden. Eenmaal onder behandeling bij een huisarts laten patiënten zich immers, onafhankelijk van hun verzekeringsvorm, ten aanzien van vervolgonconsumptie veelal leiden door het advies van de huisarts. Een verwijzing van de huisarts naar de specialist wordt dus meestal opgevolgd. Op basis van het feit dat specialistische hulp aangemerkt kan worden als vervolgonconsumptie zal ten aanzien van specialistische hulp geen afwijkend kostenpatroon bestaan tussen de verschillende typen verzekeringsvormen ( $ER\emptyset \approx ER$  en  $ER\emptyset \approx IZA$ ). De hypothese die hieruit voortvloeit is:

Hypothese 5:            Specialistische hulp  $ER\emptyset \geq ER$  en  $ER\emptyset \geq IZA$

Specialistische hulp behoort tot de duurdere vorm van zorgconsumptie, waarmee de eigen risicogrens snel wordt bereikt. Daarom zullen particulier verzekerden met een eigen risico meer specialistische kosten genereren dan IZA-verzekerden ( $ER > IZA$ ), voor wie langer een remmende werking blijft uitgaan van de eigen betalingen.

Hypothese 6:            Specialistische hulp             $ER\emptyset \geq ER > IZA$

Op basis van de hypothesen vier en zes verwachten we ten aanzien van het totale consumptiepatroon voor de categorie ziekenhuisverpleging en specialistische zorg dat de vraag naar dit type zorg door particulier verzekerden met en zonder een eigen risico weinig van elkaar zal verschillen. Het zorggebruik van particulier verzekerden met een eigen risico zal wellicht wat groter zijn dan de kosten die IZA-verzekerden genereren. De hypothese voor de categorie ziekenhuisverpleging en specialistische hulp zal er als volgt uitzien:

Hypothese 7:            Ziekenhuisverpleging + Specialistische hulp             $ER\emptyset \geq ER \geq IZA$

Tabel 5.3 Gemiddelde kosten van ziekenhuiszorg en medisch specialist per verzekerde naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd\* voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties en voor onzichtbare schade)

Kosten van ziekenhuis en medisch specialist		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde in NLG	1994	783,95	618,35	686,70
	1995	722,35	592,90	605,05
	1996	749,25	623,25	611,75
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	114	90	100
	1995	119	98	100
	1996	122	102	100

\* VGZ-populatie met en zonder eigen risico is gestandaardiseerd naar leeftijds-/geslachtsopbouw van IZA-verzekerden. Voor ongecorrigeerde bedragen: zie bijlagen

Tabel 5.3 toont aan dat particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico de meeste kosten hebben voor ziekenhuis- en specialistenhulp. Particulier-VGZ-verzekerden met een eigen risico hadden in 1994 nog duidelijk lagere ziekenhuis- en specialistenkosten dan IZA-verzekerden. In 1995 en 1996 is dit verschil min of meer verdwenen. De hypothese dat bij vervolgonconsumptie de verschillen tussen een procentuele eigen bijdrage en een eigen risico gaat voor 1995 en 1996 dus wel op, maar voor de gegevens uit 1994 niet. De hypothese dat 'dure' zorg, zoals ziekenhuis- of specialistenhulp, tot minder kosten zal leiden bij IZA-verzekerden dan bij particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico, gaat voor de periode 1994 - 1996 met betrekking tot ziekenhuis- en specialistenhulp evenmin op.

### 5.2.3 Geneesmiddelen

Aangezien geneesmiddelen in 1994 en 1995 onder de AWBZ vielen veronderstelt hypothese 8 dat er geen verschil zal zijn opgetreden tussen particulier VGZ-verzekerden en IZA-verzekerden. Voor 1996 wordt verwacht dat IZA-verzekerden meer kosten zullen genereren dan VGZ-verzekerden met een eigen risico.

### Hypothesen

In 1994 en 1995 behoorde farmaceutische hulp tot het eerste compartiment. Geneesmiddelen werden toen geheel gefinancierd vanuit de AWBZ-regeling. Dit zal betekenen dat er tussen 1994 en 1995 vrijwel geen verschil te constateren zal zijn tussen de verschillende verzekeringsvormen met betrekking tot geneesmiddelengebruik. Voor 1994 en 1995 geldt dus:

Hypothese 8: Geneesmiddelen  $ER\emptyset = ER = IZA$

Voor 1996 zijn wel verschillen tussen IZA en VGZ te verwachten. In 1996 zijn geneesmiddelen immers overgeheveld van kosten voor de AWBZ naar kosten voor de hoofdverzekering. Geneesmiddelen zijn in het algemeen relatief goedkoop en voor IZA-verzekerden bovendien ook in 1996 nog steeds gratis. Particulier VGZ-verzekerden die de eigen risicogrens nog niet bereikt hebben, moeten geneesmiddelen zelf betalen. Er kan dus verwacht worden dat IZA-verzekerden meer geneesmiddelenkosten vertonen dan particulier verzekerden met een eigen risico.

Hypothese 9: Geneesmiddelen  $IZA > ER$

Uit bovenstaande redeneringen kan geconcludeerd worden dat particulier verzekerden met een eigen risico in 1996 de minste geneesmiddelenkosten genereren. IZA-verzekerden en particulier verzekerden zonder eigen risico zullen nagenoeg geen afwijkend beeld vertonen in het geneesmiddelenkostenpatroon.

Hypothese 10: Geneesmiddelen  $ER\emptyset \geq IZA > ER$

Tabel 5.4 Gemiddelde kosten van geneesmiddelen per verzekerde naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd\* voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties)

Kosten van geneesmiddelen		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde in NLG	1994	268,20	183,30	228,45
	1995	276,70	206,90	241,60
	1996	292,00	204,35 **	240,45
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	117	80	100
	1995	115	86	100
	1996	121	85 **	100

\* VGZ-populatie met en zonder eigen risico is gestandaardiseerd naar leeftijds-/geslachtsopbouw van IZA-verzekerden. Voor ongecorrigeerde bedragen: zie bijlagen

\*\* Exclusief een onbekend bedrag aan onzichtbare schade

Tabel 5.4 toont aan dat zowel voor de jaren 1994, 1995 en 1996 IZA-verzekerden gemiddeld meer geneesmiddelenkosten hebben dan VGZ-verzekerden met een eigen risico en minder dan VGZ-verzekerden zonder eigen risico. Voor 1996 dient daarbij te worden aangetekend dat de bedragen voor VGZ-verzekerden met een eigen risico niet gecorrigeerd zijn voor onzichtbare schade. Voor de overige verstrekkingen is de correctie voor onzichtbare schade in 1996 immers gebaseerd op de gemiddelde onzichtbare schade die in 1994 en 1995 moest worden bijgeteld (zie tabel 3.3). Omdat bij genees-

middelen in 1994 en 1995 geen correctie voor onzichtbare schade kan worden toegepast, kan ook geen extrapolatie plaatsvinden naar de -wél bestaande- onzichtbare schade in 1996.

#### 5.2.4 Tandheelkundige zorg en orthodontie

##### Hypothesen

Particulier VGZ-verzekerden tot 18 jaar krijgen, indien zij het eigen risico overtreffen, tot een bedrag van 500 gulden alle tandheelkundige zorg vergoed. IZA-verzekerden moeten voor tandartshulp twintig procent eigen bijdrage betalen. De hypothese die vooralsnog ten aanzien van tandartszorg kan worden opgesteld, is:

Hypothese 11:                      Tandartszorg  $ER\emptyset > ER$  en  $ER\emptyset > IZA$

Tandheelkundige hulp is rechtstreeks toegankelijk. Dit betekent dat de verschillen in gegeneerde tandartskosten tussen particulier verzekerden zonder eigen risico en IZA-verzekerden of particulier verzekerden met een eigen risico naar alle waarschijnlijkheid groot zullen zijn. Doordat in dit onderzoek alleen gekeken wordt naar tandheelkundige hulp bij verzekerden tot 18 jaar, kunnen de effecten van eigen betalingen worden gematigd. Immers, het medische consumptiepatroon van kinderen wordt veelal bepaald door de ouders. Mogelijk zullen ouders zorg voor hun kinderen eerder als noodzakelijk inschatten, dan wanneer zij diezelfde zorg zelf zouden moeten consumeren. In hoofdstuk 4 werd de hypothese geformuleerd dat eigen betalingen weinig effect zouden hebben op de consumptie van noodzakelijke zorg. De definitieve hypothese luidt daarom dat de tandartskosten die kinderen van IZA-verzekerden en particulier VGZ-verzekerden genereren, vrijwel gelijk aan elkaar zullen zijn.

Hypothese 12:                      Tandheelkundige zorg       $ER\emptyset \approx IZA \approx ER$

Indien particulier VGZ-verzekerden, ouder dan 18 jaar, kosten met betrekking tot tandartshulp vergoed willen krijgen, dienen zij zich daarvoor aanvullend te verzekeren. Voor jongeren tot 18 jaar wordt tandartszorg tot een bedrag van 500 gulden per jaar vergoed. Door het element van aanvullende verzekeringen voor tandartshulp bij particulier VGZ-verzekerden, is het niet correct om de hele verzekerde VGZ-populatie te vergelijken met IZA-verzekerden, waarbij aan iedereen 80% van de gemaakte tandartskosten door de IZA vergoed wordt. De vergelijking wordt daarom beperkt tot verzekerden onder de 18. Een verdere correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht is daarom achterwege gelaten. In de berekening waarop tabel 5.5 is gebaseerd, is bovendien rekening gehouden met het feit dat tandheelkundige zorg voor VGZ-verzekerden tot 18 jaar wordt vergoed tot een maximum van fl. 500 per jaar. Voor IZA-verzekerden geldt een dergelijk maximum niet. Van de IZA-declaraties voor tandheelkundige zorg overschrijdt 3% het bedrag van fl. 500. Om de gemiddelde kosten per verzekerde van VGZ en IZA vergelijkbaar te maken, zijn IZA-declaraties gemaximeerd op fl. 500 (dat wil zeggen: alle hogere bedragen zijn gehercodeerd naar fl. 500).

Tabel 5.5 Gemiddelde kosten van tandheelkundige zorg per verzekerde tot 18 jaar naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd voor onzichtbare schade)

Kosten van		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde tot 18 jaar in NLG	1994	70,80	63,50	102,40 *
	1995	63,65	56,45	92,95 *
	1996	74,00	62,90	97,05 *
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	69	62	100
	1995	68	61	100
	1996	76	65	100

\* IZA-declaraties gemaximeerd op fl. 500, werkelijke bedragen zijn: fl. 115,80 (1994), fl. 119,35 (1995) en fl. 118,90 (1996)

In tabel 5.5 valt op dat de gemiddelde kosten voor tandartszorg bij IZA-verzekerden ver boven de kosten van VGZ-particulier verzekerden liggen. In onze hypothese verwachten wij dat tandheelkundige zorg voor kinderen door ouders mogelijk als noodzakelijk wordt aangemerkt, waardoor er vrijwel geen verschil in kosten tussen de verschillende verzekeringsvormen zou optreden. In het geval van tandartszorg wordt aangetoond dat deze hypothese niet opgaat. Aangezien ook VGZ-verzekerden zonder eigen risico duidelijk lagere kosten hebben voor tandheelkunde dan IZA-verzekerden, kunnen de gevonden verschillen niet worden toegeschreven aan een sterk remmende werking van een eigen risico. Onduidelijk blijft waardoor de verschillen tussen VGZ en IZA dan wél worden veroorzaakt, aangezien de hier gepresenteerde analyses betrekking hebben op vergelijkbare groepen verzekerden die aanspraak kunnen doen gelden op een vergelijkbaar verzekerd pakket. Mogelijk kan hiernaar in een vervolgproject onderzoek worden gedaan.

#### Hypothesen

IZA en VGZ vergoeden doorgaans tachtig procent van alle orthodontistische zorg bij verzekerden. Doordat particulier verzekerden met een eigen risico de orthodontistische kosten die onder het eigen risico vallen zelf moeten betalen en IZA-verzekerden ook een eigen bijdrage moeten leveren aan orthodontistische hulp, zullen zij minder kosten genereren dan particulier verzekerden zonder eigen risico.

Hypothese 13: Orthodontistische hulp:  $ER\emptyset > ER$  en  $ER\emptyset > IZA$

Deze hypothese wordt afgezwakt door het feit dat orthodontie een vorm van vervolgconsumptie is. Mensen volgen het advies van hun tandarts op. De kosten van orthodontie zullen tussen zowel particulier verzekerden met of zonder een eigen risico als IZA-verzekerden hierdoor niet veel van elkaar verschillen.

Hypothese 14: Orthodontistische hulp:  $ER\emptyset \approx ER \approx IZA$

Zowel door VGZ als door IZA wordt doorgaans 80% van orthodontiekosten vergoed. Dit betekent dat beide systemen goed met elkaar vergelijkbaar zijn, met die kanteke-



ning dat de vergoeding door VGZ pas gaat optreden indien het eigen risico overschreden is. De hoogste gemiddelde kosten voor orthodontie komen voor bij VGZ-verzekerden zonder eigen risico, conform hypothese 13. Hypothese 14 stelt dat er weinig verschillen zullen optreden tussen de verschillende verzekeringsvormen ten aanzien van orthodontiekosten. Tabel 5.6 laat echter zien dat VGZ-verzekerden met een eigen risico gemiddeld wat hogere kosten voor orthodontie hebben dan IZA-verzekerden. Overigens hebben de in tabel 5.6 gepresenteerde bedragen uitsluitend betrekking op verzekerden tussen de 5 en 18 jaar, omdat dit de voornaamste consumenten van orthodontie zijn. Om die reden is een verdere correctie voor leeftijd en geslacht achterwege gelaten.

Tabel 5.6 Gemiddelde kosten van orthodontie per verzekerde van 5 tot 18 jaar naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd voor onzichtbare schade)

Kosten van orthodontie		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde van 5 tot 18 jaar in NLG	1994	165,80	143,25	132,40
	1995	163,75	142,60	133,05
	1996	164,70	151,70	145,35
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	125	108	100
	1995	123	107	100
	1996	113	107	100

### 5.2.5 Fysiotherapie en overige paramedische zorg

De hypothesen die met betrekking tot fysiotherapie en overige paramedische zorg worden geformuleerd, hebben uitsluitend betrekking op fysiotherapie, aangezien dit de voornaamste kostenpost vormt binnen de rubriek paramedische zorg.

IZA vergoedt voor wat betreft fysiotherapie maximaal 14 zittingen inclusief ten hoogste één applicatie. Daarna vergoedt IZA slechts oefen-/massagetherapie slechts na machtiging en geen applicaties meer. Tien procent van deze kosten komen voor kosten van de verzekerde zelf.

Hoewel VGZ op dit moment slechts negen zittingen vergoedt, werden er in de periode, waarop dit onderzoek betrekking heeft, meer zittingen vergoed dan bij IZA. In de periode 1994 en 1995 vergoedde VGZ namelijk 18 zittingen. Na 18 zittingen vergoedde VGZ zonder restrictie. In 1996 werden het aantal vergoedingen gereduceerd tot 9 zittingen. Doordat VGZ en IZA verschillend vergoedden, dient bij het vergelijken van beide verzekeringssystemen hiermee terdege rekening gehouden te worden.

### Hypothesen

Als een IZA-verzekerde of particulier VGZ-verzekerde naar de fysiotherapeut gaat, dient hij/zij te beschikken over een verwijsbericht van een arts. Indien de huisarts het advies geeft om naar de fysiotherapeut te gaan, zullen patiënten doorgaans zelf beslissen of zij dit advies wel of niet zullen opvolgen. Bij het aangaan van fysiotherapeutische zorg zal een patiënt deze afweging wellicht bewuster maken dan bij bijvoorbeeld specialistische hulp, die mogelijk als meer noodzakelijk wordt ervaren. Daarom kan verwacht worden dat de vraag naar fysiotherapie onder een vorm van eigen betaling kleiner zal zijn dan onder een verzekeringsvorm waarbij een eigen bijdrage voor fysiotherapie ontbreekt.

Hypothese 15: Fysiotherapie  $ER\emptyset > ER$  en  $ER\emptyset > IZA$

Particulier VGZ-verzekerden kregen in de periode 1994-1995 de eerste achttien behandelingen zonder restricties volledig vergoed, indien zij geen eigen risico hadden of reeds het eigen risico hadden overtroffen. Pas vanaf 1996 is het aantal behandelingen dat vergoed wordt gereduceerd tot negen per indicatie per periode van twaalf maanden. IZA-verzekerden kregen in de periode 1994 tot en met 1996 doorgaans negentig procent van de eerste 14 fysiotherapeutische behandelingen inclusief één applicatie vergoed. Na deze 14 zittingen werd nog slechts ten hoogste één applicatie vergoed. Mogelijk zullen in de periode 1994 - 1995, VGZ-verzekerden meer fysiotherapeutische kosten genereren dan IZA-verzekerden. Het aantal fysiotherapeutische behandelingen die bij VGZ vergoed wordt, was toen immers groter dan bij IZA. Doordat het aantal vergoedingen bij VGZ in 1996 gereduceerd werd tot negen behandelingen, zullen de fysiotherapeutische kosten van particulier VGZ-verzekerden wellicht naar de omvang van IZA verzekerden convergeren. De verschillen zullen dus iets afnemen.

Hypothese 16: Fysiotherapeutische hulp  $ER \geq IZA$

In het algemeen zou aan de hand van hypothese 14 tot en met 16 verwacht kunnen worden dat in de periode 1994 tot en met 1996 de kosten van fysiotherapie voor de particuliere VGZ-verzekerden en IZA-verzekerden het volgende patroon laten zien:

Hypothese 17: Fysiotherapie 1994 t/m 1996  $ER\emptyset \geq ER \geq IZA$

Tabel 5.7 Gemiddelde kosten van paramedische zorg per verzekerde naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd\* voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties en voor onzichtbare schade)

Kosten van paramedische zorg		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde in NLG	1994	86,00	61,40	86,20
	1995	83,70	59,60	79,90
	1996	59,30	42,00	71,50
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	100	71	100
	1995	105	75	100
	1996	83	59	100

\* VGZ-populatie met en zonder eigen risico is gestandaardiseerd naar leeftijds-/geslachtsopbouw van IZA-verzekerden. Voor ongecorrigeerde bedragen: zie bijlagen.

In tabel 5.7 zien we dat VGZ-verzekerden met een eigen risico door de jaren heen de laagste gemiddelde kosten genereren. Ten aanzien van fysiotherapie kan daarom geconcludeerd worden dat een eigen risico een grotere remmende werking heeft dan een procentuele eigen bijdrage.

### 5.2.6 Kraamzorg en verloskundige zorg

Doordat kraamzorg en verloskundige zorg aangemerkt wordt als 'dure' zorg, veronderstelt hypothese 19 dat particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico meer kosten zullen maken dan IZA-verzekerden. Bovendien wordt verondersteld dat particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico de meeste kraamzorgkosten zullen genereren.

In tabel 5.8 zijn de kosten van verloskundige en kraamzorg weergegeven voor vrouwen in de leeftijdscategorie 20 tot en met 39. Om die reden is niet nader gecorrigeerd voor verschillen in leeftijd en geslacht van de drie verzekerdenpopulaties. Uit tabel 5.14 blijkt dat particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico meer kosten vertonen dan IZA-verzekerden of particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico. Opvallend is dat particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico gemiddeld minder kraamzorgkosten hebben dan IZA-verzekerden. Ondanks het feit dat de kosten door VGZ geheel worden vergoed, indien het eigen risico is overtroffen, lijkt een eigen risico groter dan nul een grotere rem te hebben op kosten van verloskundige en kraamzorg dan een procentuele eigen bijdrage van 10 procent bij IZA. Bij deze verstrekking kan echter sprake zijn van een sterke zelf-selectie van verzekerden, omdat het toekomstige gebruik van kraamzorg en verloskundige zorg relatief gemakkelijk door verzekerden kan worden voor-speld.

#### Hypothesen

De vergoeding voor verloskundige en kraamzorg verschilt op een paar punten tussen VGZ en IZA. Hoewel de ziekenfondsen kraamzorg enkel in natura aanbieden, kennen particuliere zorgverzekeraars drie mogelijkheden: (1) restitutie, waarbij de gebruikte kraamzorg achteraf wordt vergoed, (2) 'lump sum', dit wil zeggen een uitkering in geld en (3) kraamzorg in natura. De IZA- en VGZ-verzekerden kunnen indien er sprake is van situatie (1) of (2) zelf een kraamcentrum kiezen en zelf de kraamzorg regelen. Bij mogelijkheid (3) regelt hun zorgverzekeraar de kraamzorg, maar kan de verzekerde soms toch een keuze maken tussen verschillende kraamcentra. IZA-verzekerden moeten tien procent van kraamzorg en verloskundige zorg zelf betalen. Particulier VGZ-verzekerden krijgen kraamzorg volledig vergoed indien zij het eigen risico reeds hebben bereikt. Voor bijvoorbeeld poliklinische bevallingen zonder medische indicatie dienen zij zich extra te verzekeren.

Ook bij het opstellen van een hypothese voor kraamzorg wordt in eerste instantie ervan uitgegaan dat particulier verzekerden zonder eigen risico meer kraamzorgkosten genereren dan IZA-verzekerden en particulier verzekerden met een eigen risico.

Hypothese 18: Kraamzorg  $ER\emptyset > ER$  en  $ER\emptyset > IZA$

Kraamzorg is weliswaar een vorm van vervolconsumptie, maar wel een waarbij de verzekerde vaak veel invloed heeft op de keuze van welke vorm van kraamzorg gebruik zal worden gemaakt. Dit betekent dat de gegenereerde kosten tussen particulier verzekerden zonder eigen risico met IZA-verzekerden en particulier verzekerden met een eigen risico vanwege de verschillende verzekeringsvorm van elkaar zullen verschillen. Doordat kraamzorg en verloskundige zorg aangemerkt kan worden als 'dure' zorgconsumptie kan verwacht worden dat particulier verzekerden met een eigen risico meer kosten genereren dan IZA-verzekerden. De hypothese ten aanzien van kraamzorg luidt hierdoor als volgt:

Hypothese 19: Kraamzorg  $ER0 > ER > IZA$

Tabel 5.8 Gemiddelde kosten van verloskundige zorg en kraamzorg per verzekerde vrouw van 20 tot en met 39 jaar naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd voor onzichtbare schade)

Kosten van verloskunde en kraamzorg		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde vrouw van 20 tot en met 39 jaar in NLG	1994	314,15	182,35	201,10
	1995	262,75	217,00	246,80
	1996	256,05	178,20	271,50
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	156	91	100
	1995	106	88	100
	1996	94	66	100

### 5.2.7 Totaal resultaten

#### Hypothesen

Kort samengevat kunnen de verwachte verschillen tussen particulier VGZ-verzekerden met of zonder een eigen risico ten opzichte van IZA-verzekerden naar afzonderlijke medische consumptie in de jaren 1994 tot en met 1996 met behulp van onderstaande tabel worden weergegeven.

#### Samenvatting hypothesen

Type zorg	Verwachte zorggebruik in 1994 t/m 1996
Huisartsenhulp	$ER \emptyset > ER < IZA$
Ziekenhuiszorg + specialistische hulp	$ER \emptyset \geq ER \geq IZA$
Geneesmiddelen	$ER \emptyset > ER < IZA$
Tandarts tot 18 jaar	$ER \emptyset \approx ER \approx IZA$
Orthodontie	$ER \emptyset \approx ER \approx IZA$
Fysiotherapie	$ER \emptyset \geq ER \geq IZA$
Kraamzorg	$ER \emptyset > ER > IZA$
Totale zorgconsumptie	$ER \emptyset \geq ER \approx IZA$

Middels een 'optelling' van de deelhypothesen kan met enige voorzichtigheid een hypothese opgesteld worden ten aanzien van de verschillen in totale kosten die verwacht worden. Tussen een systeem van eigen risico en procentuele eigen bijdrage worden weinig verschillen verwacht. Wel zullen particulier verzekerden zonder eigen risico meer zorgkosten genereren dan verzekerden die onder een vorm van eigen betalingen vallen. Met andere woorden een systeem waarbij het eigen risico gelijk aan nul is, zal de meeste medische kosten genereren.

In deze paragraaf worden de resultaten voor alle onderzochte verrichtingen tezamen weergegeven. Doordat tandheelkundige hulp zeer moeilijk te vergelijken is, wordt deze verstrekking in zijn geheel buiten de totaalresultaten gehouden.

Uit tabel 5.9 blijkt dat particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico meer kosten genereren dan IZA-verzekerden. Dit is conform de verwachting. IZA-verzekerden blijken op hun beurt gemiddeld meer kosten te maken dan particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico. De verwachting was echter dat de totale kosten per verzekerde in beide groepen op min of meer hetzelfde niveau zouden liggen.

Tabel 5.9 Gemiddelde totale kosten per verzekerde (exclusief tandheeskunde) naar verzekeringsvorm (gecorrigeerd\* voor verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties en voor onzichtbare schade)

Totale kosten		Verzekeringsvorm		
		VGZ zonder ER	VGZ met ER	IZA
Gemiddelde per verzekerde in NLG	1994	1328,05	1004,30	1161,25
	1995	1270,15	1000,80	1086,05
	1996	1287,40	1013,65	1093,05
Gemiddelde per verzekerde, indexcijfers (IZA=100)	1994	114	86	100
	1995	117	92	100
	1996	118	93	100

\* VGZ-populatie met en zonder eigen risico is gestandaardiseerd naar leeftijds-/geslachtsopbouw van IZA-verzekerden. Voor on gecorrigeerde bedragen: zie bijlagen

### 5.3 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn de gemiddelde kosten per verzekerde vergeleken voor zeven categorieën verstrekkingen en voor het totaal daarvan. Die vergelijking heeft betrekking op drie groepen verzekerden: particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico, particulier VGZ-verzekerden met eigen risico en IZA-verzekerden. De groep VGZ-verzekerden zonder eigen risico diende als een soort referentiecategorie voor een verzekeringssysteem zonder eigen betalingen. De werkelijke aandacht gaat in dit onderzoek echter uit naar een vergelijking van de effecten van een eigen risico (VGZ-verzekerden met eigen risico) versus een procentuele eigen bijdrage (IZA-verzekerden) op de (kosten van) medische consumptie. Op basis van de gegevens die in hoofdstuk zijn gepresenteerd, kan worden geconcludeerd dat een eigen risico een sterkere rem vormt op de medische consumptie van een eigen bijdrage van 10% in de kosten van zorg. Met uitzondering van de kosten per verzekerde voor orthodontie hebben VGZ-verzekerden met eigen risico namelijk over de gehele linie lagere gemiddelde kosten dan IZA-verzekerden, die een procentuele eigen bijdrage over de meeste verstrekking moeten betalen. Bij het vergelijken van de gemiddelde kosten per verzekerde is in dit onderzoek veel zorg besteed aan het uitvlakken van de invloed van mogelijk verstorende factoren. De drie groepen verzekerden zijn zoveel mogelijk vergelijkbaar gemaakt voor wat betreft leeftijd, geslacht, inkomen, woonplaats en verzekerd pakket. Op een tweetal punten

blijven particulier VGZ-verzekerden echter moeilijk vergelijkbaar met IZA-verzekerden. In de eerste plaats gaat het daarbij om het veelal vrijwillig gekozen eigen risico van VGZ-verzekerden en de daarmee gepaard gaande invloed van mogelijke selectie-effecten. In de tweede plaats betreft het de onzichtbare schade: een fenomeen dat alleen optreedt bij VGZ-verzekerden met een eigen risico, voor zover die hun rekeningen pas gaan opsturen zodra ze het eigen risico overschrijden. Als ze het eigen risico niet overschrijden, blijft alle zorg die voor eigen rekening is geconsumeerd buiten beeld. Bij IZA speelt dat probleem niet, omdat IZA altijd een percentage van de kosten vergoedt en verzekerden dus al hun rekeningen opsturen.

Beide verschillen kunnen van invloed zijn op de resultaten van de hier gepresenteerde analyses. In de onderzoekspopulatie bevinden zich een kleine 10.000 VGZ-verzekerden die via hun collectiviteit een verplicht eigen risico van fl. 0 hebben. De overige 80.000 VGZ-verzekerden in dit onderzoek hebben echter vrijwillig de hoogte van het eigen risico kunnen vaststellen. Dat betekent dat selectie-effecten kunnen optreden: verzekerden die gezien hun goede gezondheidstoestand niet verwachten in de toekomst zorg te consumeren, kiezen voor een (hoog) eigen risico, terwijl verzekerden met een minder goede gezondheidstoestand kiezen voor een eigen risico van fl. 0. Daarmee zou een deel van de gevonden verschillen dus terug te voeren kunnen zijn op de gemiddeld betere gezondheidstoestand VGZ-verzekerden met een eigen risico in vergelijking met IZA-verzekerden, die geen vrije keuze hebben voor wat betreft de hoogte van de verschuldigde eigen betalingen.

In hoofdstuk 3 (tabel 3.1) is een inschatting gemaakt van de invloed van het selectie-effect. Uit die analyse bleek dat selectie-effecten nogal verschillen per verstrekking. Een duidelijke invloed is waarneembaar voor wat betreft de kosten voor huisartsenzorg, kraamzorg en verloskunde, fysiotherapie en overige paramedische zorg, en orthodontie. Op de kosten van geneesmiddelen, ziekenhuis en specialist, en tandheelkunde heeft het selectiemechanisme echter nauwelijks invloed. Toch zien we ook voor deze drie verstrekkingen dat VGZ-verzekerden met een eigen risico gemiddeld lagere kosten hebben dan IZA-verzekerden. Voor wat ziekenhuiszorg en specialistische hulp betreft, zijn die verschillen overigens klein. In 1996 hadden VGZ-verzekerden met een eigen risico zelfs wat hogere kosten dan IZA-verzekerden. De verschillen in kosten voor tandheelkunde zijn erg groot, maar omdat ook VGZ-verzekerden zonder eigen risico fors lagere kosten voor tandheelkunde hebben dan IZA-verzekerden, is de betrouwbaarheid van deze gegevens twijfelachtig. Het meest betrouwbaar zijn de cijfers over kosten van geneesmiddelen. Niet alleen heeft het selectiemechanisme namelijk weinig invloed op deze kosten, ook het probleem van de onzichtbare schade speelt bij deze verstrekking niet. In 1994 en 1995 werden geneesmiddelen namelijk volledig vergoed via de AWBZ, zowel voor IZA- als voor VGZ-verzekerden. De consumptie komt daarmee voor alle groepen volledig in beeld. Het feit dat VGZ-verzekerden met een eigen risico ook duidelijk lagere kosten voor geneesmiddelen hebben dan IZA-verzekerden duidt erop dat een eigen risico wel degelijk een sterker remmend effect op de medische consumptie heeft. Een effect dat niet uitsluitend kan worden toegeschreven aan selectie en onzichtbare schade. Weliswaar gold voor geneesmiddelen zelf geen eigen risico of eigen bijdrage in 1994 en 1995. Dat VGZ-verzekerden met een eigen risico dan toch lagere kosten voor geneesmiddelen hebben dan IZA-verzekerden met een procentuele eigen bijdrage, is te verklaren uit het feit dat zij minder gebruik maken van de huisarts en de specialist; de belangrijkste voorschrijvers van geneesmiddelen. Wanneer dus het effect van zelfselectie van verzekerden en het probleem van de onzichtbare schade niet zouden bestaan, zouden de door ons gevonden verschillen tussen eigen risico en procentuele eigen bijdrage wellicht kleiner zijn, maar niet helemaal verdwijnen.

## 6 SAMENVATTING EN CONCLUSIE

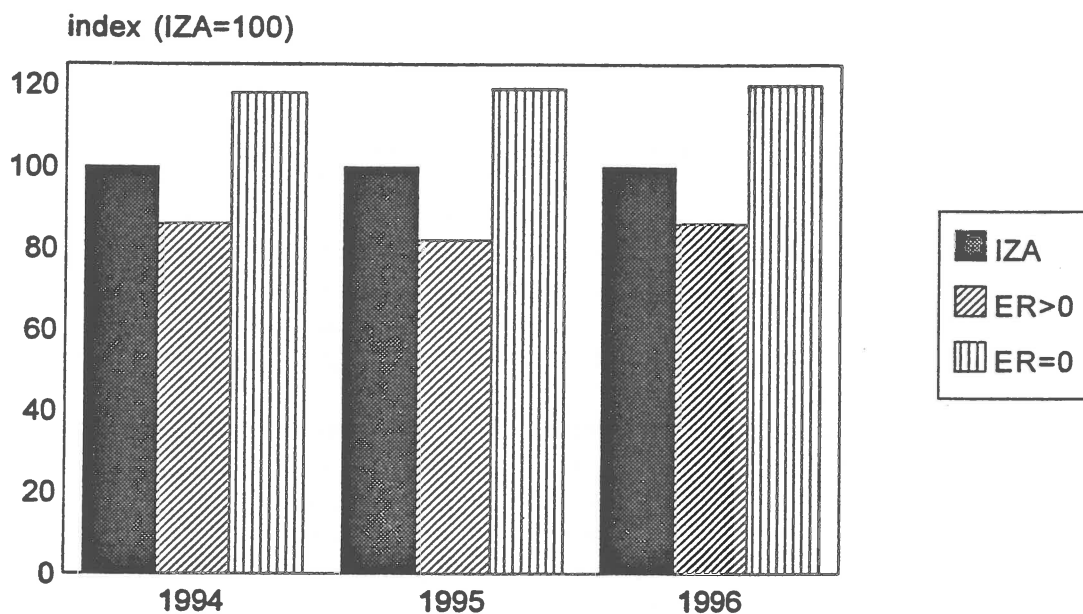
### 6.1 Samenvatting

In dit rapport is de zorgconsumptie van vergelijkbare groepen verzekerden in een systeem van eigen risico versus een systeem van een procentuele eigen bijdrage centraal gesteld. IZA-verzekerden worden geconfronteerd met een procentuele eigen bijdrage tot maximaal één procent van het bruto inkomen en particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico, waarvan de hoogte varieert van fl. 0 tot fl. 2475. Met behulp van gegevens over bruto vergoedingen van alle collectief, particulier VGZ-verzekerden en alle IZA-verzekerden boven de loongrens zijn de gemiddelde kosten per verstrekte zorgsoort berekend.

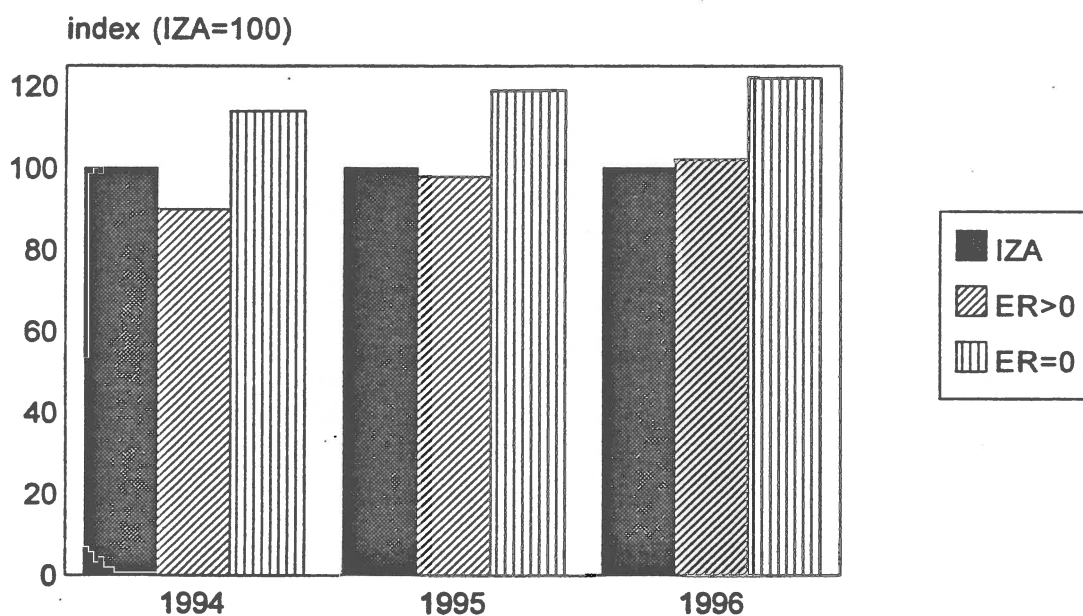
Daarbij is voor VGZ particulier verzekerden met een eigen risico gecorrigeerd voor de zogeheten 'onzichtbare schade', die ontstaat doordat veel verzekerden pas hun rekeningen opsturen als zij het eigen risico hebben 'volgemaakt'. Over de consumptie die onder het eigen risico valt, is daardoor niets bekend. De correctie hiervoor heeft plaatsgevonden met behulp van de gemiddelde schade van de beperkte groep verzekerden die wél altijd zijn rekeningen opstuurt, ook als het eigen risico nog niet bereikt is. Het blijft natuurlijk onduidelijk hoe nauwkeurig deze correctie is, omdat een gouden standaard ontbreekt. Het is echter onwaarschijnlijk dat de lagere gemiddelde kosten van VGZ-verzekerden met een eigen risico voortkomen uit een onvolledige correctie voor onzichtbare schade. VGZ-verzekerden met eigen risico hebben immers ook lagere kosten dan IZA-verzekerden voor geneesmiddelen (die in 1994 en 1995 onder de AWBZ vielen en daarmee volledig in beeld kwamen) en voor 'dure' zorgconsumptie als ziekenhuis- en specialistische hulp (waarvoor rekeningen in verband met de hoge kosten vrijwel altijd worden opgestuurd).

De analyses zijn uitgevoerd op verzekerden die in de periode 1994, 1995 en 1996 jonger dan 65 jaar waren en in Noord-Brabant of Limburg woonden. De gevonden gemiddelde kosten per verstrekkingensoort zijn in de figuren 6.1 tot en met 6.7 uitgedrukt in indexcijfers. IZA-verzekerden zijn daarbij als uitgangspunt genomen en op 100 gesteld. De cijfers zijn gecorrigeerd voor verschillen in de leeftijds-/geslachtsopbouw van de verzekerdenpopulaties en indien van toepassing voor onzichtbare schade. De verwachting was dat VGZ-verzekerden met een eigen risico ongeveer dezelfde totale gemiddelde kosten zouden hebben als IZA-verzekerden. Uit de figuren kan in zijn algemeenheid echter geconcludeerd worden dat IZA-verzekerden boven de loongrens gemiddeld meer kosten genereren dan particulier VGZ-verzekerden met een eigen risico. Particulier VGZ-verzekerden zonder eigen risico vertonen gemiddeld genomen de meeste kosten. Dit betekent dat een eigen risico in de praktijk tot lagere kosten van zorg leidt dan een procentuele eigen bijdrage en dat een eigen risico van nul wat dit betreft het inefficiëntst is.

Figuur 6.1 Gemiddelde kosten voor de huisarts uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)

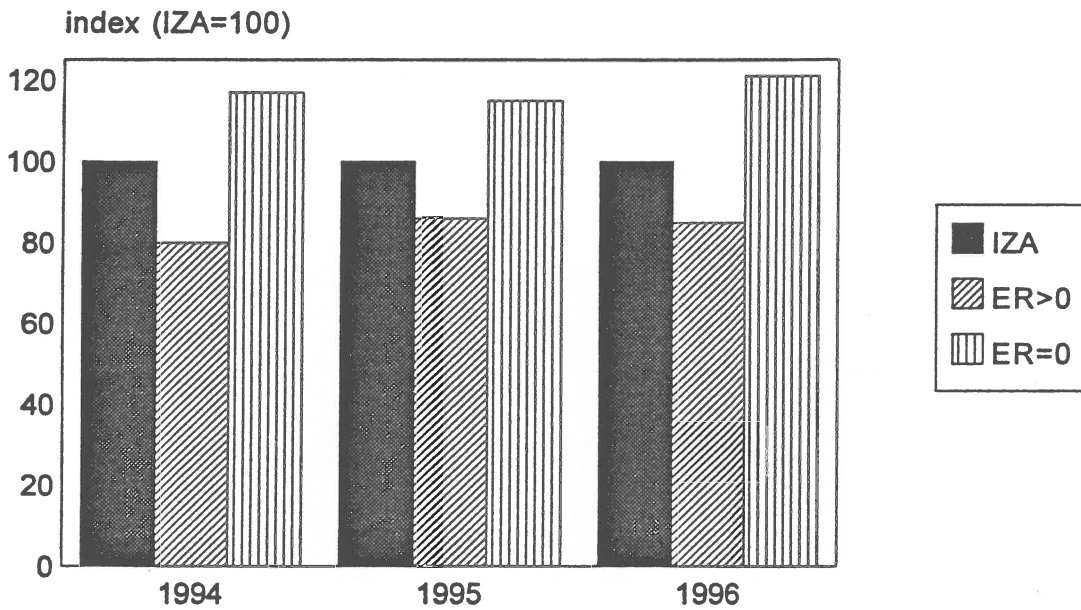


Figuur 6.2 Gemiddelde kosten voor ziekenhuis en specialist uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)

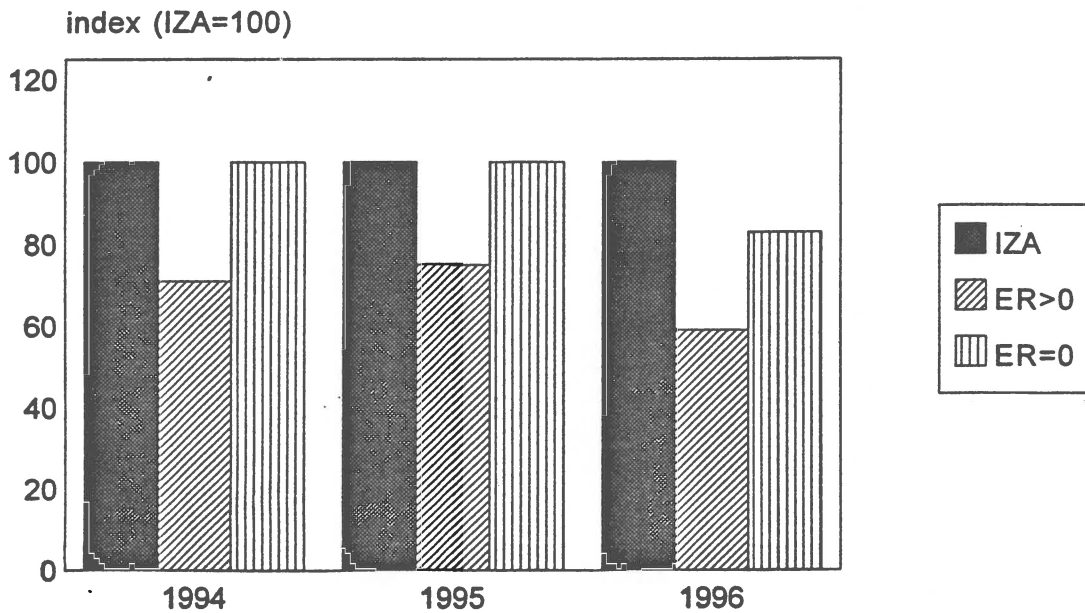




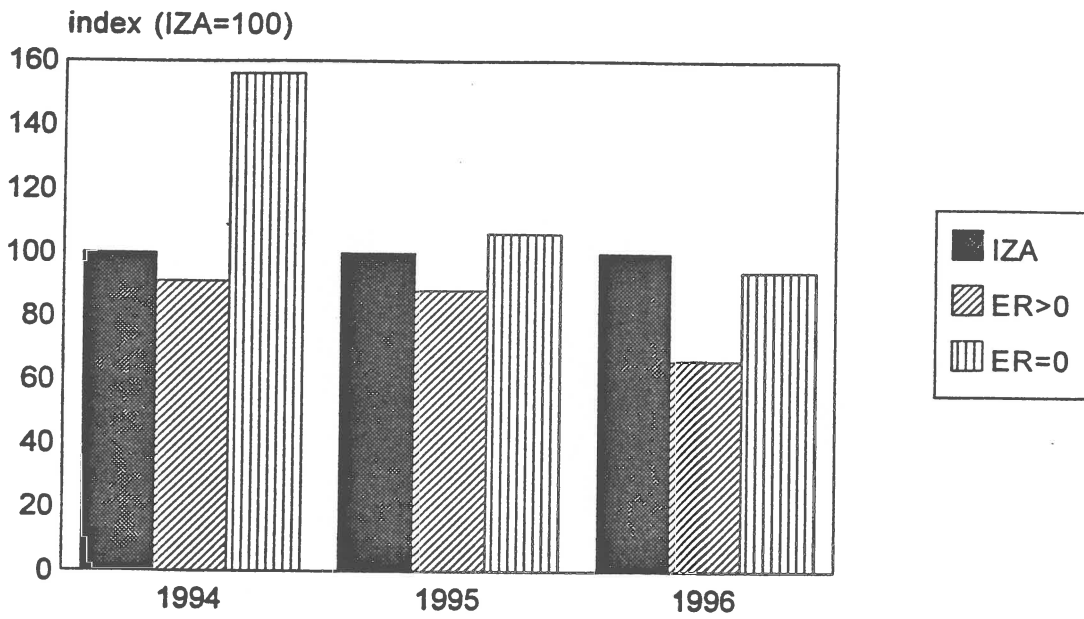
Figuur 6.3 Gemiddelde kosten voor geneesmiddelen uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)



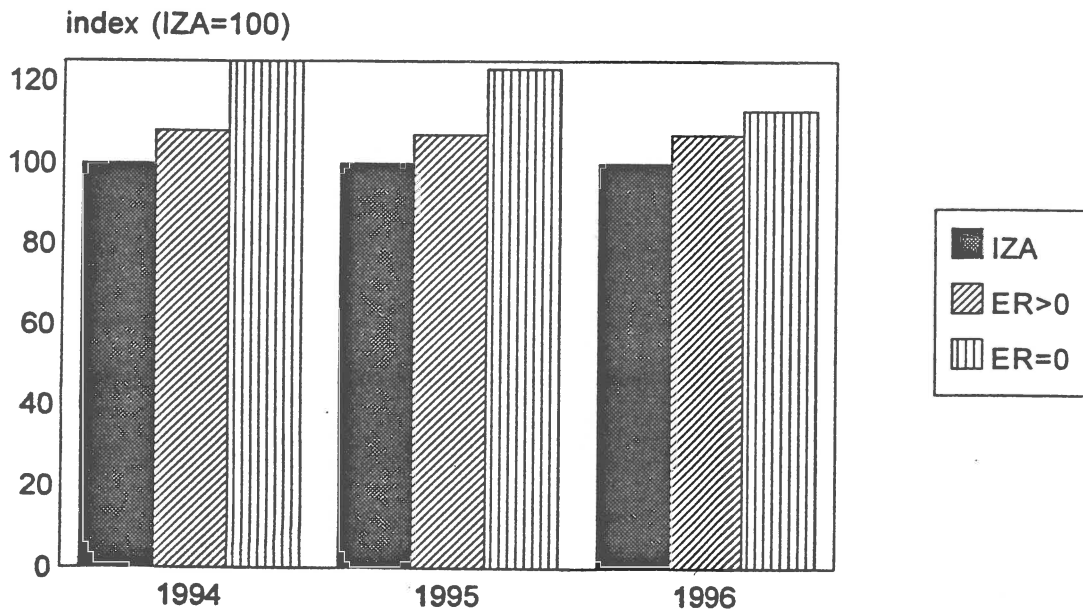
Figuur 6.4 Gemiddelde kosten voor fysiotherapie en andere paramedische zorg uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)



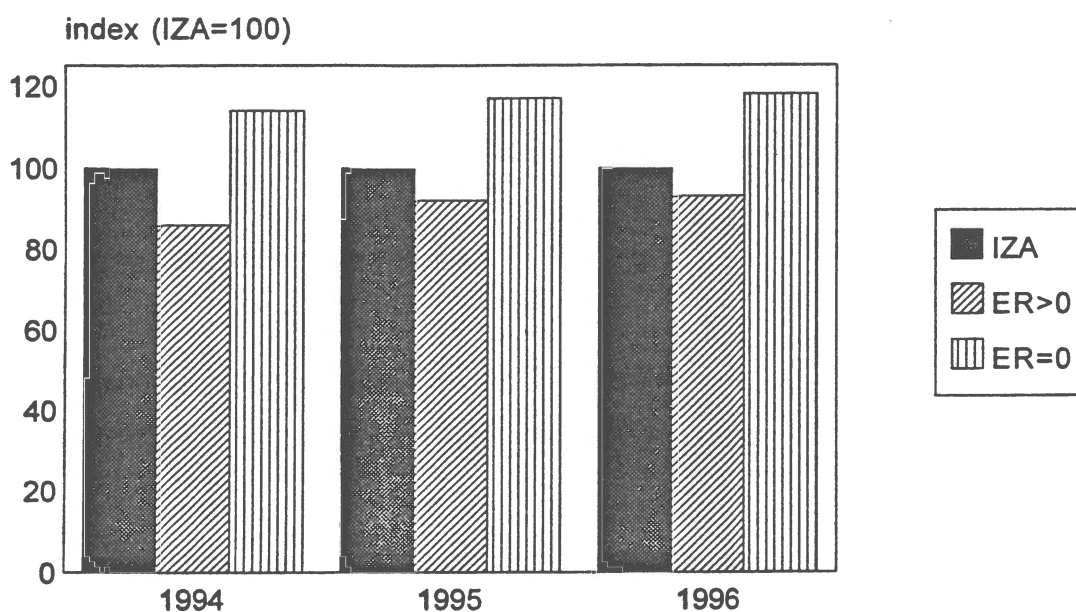
Figuur 6.5 Gemiddelde kosten voor orthodontie uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)



Figuur 6.6 Gemiddelde kosten voor kraamzorg en verloskunde uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)



Figuur 6.7 Gemiddelde totale kosten uitgedrukt in indexcijfers voor IZA (=100), VGZ-verzekerden met eigen risico (ER>0) en VGZ-verzekerden zonder eigen risico (ER=0)



## 6.2 Conclusie

Alles overziend kan geconcludeerd worden dat een eigen risico tot minder kosten leidt dan een procentuele eigen bijdrage. Mensen die vanwege hun beroep verplicht IZA-verzekerd zijn, genereren gemiddeld genomen dus meer kosten dan particulier VGZ-verzekerden met een collectief vastgesteld eigen risico. In tegenstelling tot wat in eerder, Amerikaans onderzoek werd gevonden, blijkt een eigen risico ook een remmende werking uit te oefenen op vervolgonconsumptie: zorg die genoten wordt op advies, voorschrift of verwijzing van een huisarts of tandarts. Hoewel eigen betalingen dus uitsluitend een financiële prikkel aan de kant van de verzekerde vormen (op grond waarvan wij verwachtten dat ze vooral van invloed zouden zijn op direct toegankelijke zorg, waarvoor verzekerden zelf beslissen of ze er gebruik van maken), hebben ze blijkbaar ook invloed op beslissingen die huisartsen en/of tandartsen in overleg met hun patiënten nemen over noodzakelijke vervolgvoorzieningen. Op basis van dit onderzoek kunnen we niet nagaan hoe dat mechanisme precies verloopt. Mogelijk dringen patiënten met een eigen risico of procentuele eigen bijdragen er bij hun huisarts op aan niet teveel vervolggkosten te genereren. Mogelijk houden huisartsen er in bepaalde gevallen ook uit zichzelf rekening mee dat de patiënt een deel van de zorgkosten zelf moet dragen, bijvoorbeeld door te kiezen voor goedkopere behandelingsmethoden. Het lijkt minder waarschijnlijk dat patiënten zonder overleg met hun huisarts afzien van aanbevolen vervolgonconsumptie.

Wat betekent dit nu in het licht van de inmiddels weer afgeschafte Algemene Eigen Bijdrageregeling (AEB) in de Ziekenfondswet? Zoals in hoofdstuk 1 werd gesteld, vormde de invoering van de AEB de aanleiding om dit onderzoek uit te voeren, hoewel de AEB en het eigen bijdragesysteem in de IZA-verzekering op een aantal belangrijke

punten van elkaar afwijken.

De AEB-regeling kan worden gekarakteriseerd als een politiek compromis tussen de regeringspartijen van Paars-I. In het regeerakkoord was de intentie uitgesproken om te komen tot een geleidelijk naar elkaar toegroeien (convergentie) van ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering. Een stap in deze convergentie zou zijn de invoering van een algemeen eigen risico in de ziektekostenverzekering van alle Nederlanders. Voor particulier verzekerden is dat inderdaad gerealiseerd door wijziging van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden (Staatsblad 1996: 541). Voor ziekenfondsverzekerden is besloten op termijn te streven naar een 'IZA-achtig systeem' met procentuele eigen bijdragen en een inkomensafhankelijk maximum. In de nota van toelichting bij het Koninklijk Besluit tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden wordt aangegeven dat de AEB-regeling een tweeledig doel heeft. 'Hoofddoel van het door de regering te kiezen systeem is ..... het leggen van een deel van de financiële verantwoordelijkheid bij de burger zelf (medefinanciering). Daarnaast moet het betalen van eigen bijdragen onnodig gebruik van zorg tegengaan in die situaties waarbij het verantwoord is dat de verzekerde op basis van eigen afweging komt tot het niet consumeren van zorg. Dan moet het bijdragesysteem dus ook een remmend effect hebben.' (Staatsblad 1996: 541, pag. 8). De keuze voor een procentuele eigen bijdrage in plaats van een eigen risico is met name ingegeven geweest door de wens om ook consumptieremming te bewerkstelligen. Men vreesde dat een eigen risico van slechts fl. 200 in veel gevallen snel zou zijn 'volgemaakt' en om die reden dus niet meer remmend zou werken. Die gedachte wordt niet ondersteund door de analyses die in dit rapport zijn gepresenteerd. Daarbij moet worden aangetekend dat de eigen risico's in de VGZ particuliere verzekering aanzienlijk hoger kunnen oplopen dan fl. 200. Dat geldt echter ook voor het jaarlijks maximum van IZA-verzekerden boven de loongrens. Bovendien is gebleken dat een eigen risico ook remmend werkt op de consumptie van 'grote', dat wil zeggen, relatief dure zorg, waarbij het eigen risico snel wordt volgemaakt.

Een belangrijk verschil tussen de AEB-regeling en de IZA- en VGZ particuliere verzekering is dat de AEB niet geldt voor de huisarts en wel voor het ziekenhuis. Voor IZA-verzekerden en VGZ particulier verzekerden geldt de eigen bijdrage, respectievelijk het eigen risico, wèl voor de huisarts. IZA-verzekerden betalen niet voor ziekenhuisopname. De remmende werking van zowel de huidige AEB-regeling, als van een oorspronkelijk voorzien eigen risico aan de voet, boet door het uitsluiten van de huisarts flink aan effectiviteit in. De AEB-regeling zou dus meer effect op de consumptie kunnen hebben als de eigen bijdragen ook op de huisarts van toepassing zouden zijn geweest. Een eigen bijdrage voor de huisarts heeft echter vanuit zorginhoudelijke oogpunt mogelijk ongewenste of onbedoelde gevolgen, bijvoorbeeld in de vorm van afstel van doktersbezoek of een toename van rechtstreeks specialistbezoek (Delnoij e.a., 1998).

**LITERATUUR**

- BAKKER, F. Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1997
- DELNOIJ, D.M.J. De invloed van zorgaanbod op zorggebruik. In: D. Post, L.J. Stokx (red.) Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI: Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier-De Tijdstroom, 1997; blz. 99 - 118
- DELNOIJ, D.M.J., P.P. GROENEWEGEN, C.C. ROS. Een eigen bijdrage voor de huisarts en de inhoud van de zorg: een studie naar (on)bedoelde gevolgen. Utrecht: NIVEL, 1998
- FRIELE, R.D., R.H.C. BAKKER, Y. VAESSEN. NIVEL onderzocht tandartsenbezoek in 1995. Nederlands Tandartsblad: jaargang 51, nr. 9, 1996, blz. 440 - 443
- GROENEWEGEN, P.P. Het gedrag van hulpverleners en patiënten. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg. nr. 2, 1996, blz. 4-9
- HUTTEN, J.B.F., D.M.J. DELNOIJ, R.D. FRIELE, C.C. ROS, P.P. GROENEWEGEN. Evaluatie Algemene Eigenbijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport I: in- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997. Utrecht: NIVEL, 1997
- LEEJWEN, J. VAN, E. POMMER, M. RAS, F. VAN TULDER. Het ziekenfonds, waar ligt de grens? Rijswijk: Sociaal Cultureel Planbureau, 1997
- NEWHOUSE, J.P. Free for all? Cambridge: Harvard University Press, 1993
- ROS, C.C., R.D. FRIELE, J.B.F. HUTTEN, P.P. GROENEWEGEN, D.M.J. DELNOIJ. Evaluatie Algemene Eigen bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden. Deelrapport II: rapportage op basis van peiling onder Consumentenpanel. Utrecht: NIVEL, 1997
- STARMANS, H.B.G., J.M.H.F.M. VERKOOIJEN. Het effect van eigen betalingen in de Nederlandse gezondheidszorg. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, nr. 9, 1990, blz. 383-388
- STARMANS, H.B.G. The effects of patients charges on medical utilization, expenditure and health. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1998
- STOKX, L.J., D. POST. Deel A, Zorgbehoefte en zorggebruik. In: D. Post, L.J. Stokx. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. VI: Zorgbehoefte en zorggebruik. Bilthoven/Maarssen: RIVM/Elsevier-De Tijdstroom, 1997; blz. 15 - 39
- VOORZEE, H., DEKKER, M. Haalbaarheidsonderzoek eigen bijdrage: 'betalen voor zorg'. VB-advies, 1993
- WEDIG, G.J. Health status and the demand for health: results on price elasticities. Journal of Health Economics; 7 (1998); 2: 151-163
- ZORGVERZEKERAARS NEDERLAND. Jaarbericht 96/97. Houten, 1997

## BIJLAGE 1 - LEEFTIJD- EN GESLACHTSVERDELING VAN VGZ- EN IZA-VERZEKERDEN

Leeftijd- en geslachtsopbouw verzekerden 1994

	mannen			vrouwen			totaal		
	VGZ		IZA	VGZ		IZA	VGZ		IZA
	ER=0	ER>0		ER=0	ER>0		ER=0	ER>0	
0-4	3091 (8.8)	2451 (6.2)	1433 (3,0)	2731 (7.7)	2224 (5.6)	1372 (2,9)	5822 (16.5)	4695 (11.8)	2805 (5,9)
5-19	4046 (11.5)	5236 (13.2)	6588 (13,9)	3930 (11.1)	4843 (12.2)	6392 (13,4)	7976 (22.6)	10079 (25.4)	12980 (27,3)
20-39	5346 (15.2)	3819 (9.6)	5498 (11,6)	5072 (14.4)	3319 (8.4)	4496 (9,5)	10418 (29.5)	7138 (18.0)	9994 (21,0)
40-54	5130 (14.5)	8097 (20.4)	9042 (19,0)	3135 (8.9)	5473 (13.8)	5686 (12,0)	8265 (23.4)	13570 (34.1)	14727 (31,0)
55-64	1609 (4.6)	2327 (5.9)	3697 (7,8)	1169 (3.3)	1934 (4.9)	3339 (7,0)	2778 (7.9)	4261 (10.7)	7036 (14,8)
totaal	19221 (54.5)	21950 (55.2)	26258 (55,2)	16037 (45.5)	17794 (44.8)	21285 (44,8)	35259 (100)	39743 (100)	47543 (100)

Leeftijd- en geslachtsopbouw verzekerden 1995

	mannen			vrouwen			totaal		
	VGZ		IZA	VGZ		IZA	VGZ		IZA
	ER=0	ER>0		ER=0	ER>0		ER=0	ER>0	
0-4	3574 (8.8)	3186 (6.2)	1371 (2.9)	3141 (7.7)	2889 (5.6)	1292 (2.7)	6714 (16.5)	6075 (11.8)	2663 (5.6)
5-19	4727 (11.6)	6724 (13.0)	6549 (13.9)	4601 (11.3)	6233 (12.1)	6356 (13.5)	9329 (23.0)	12957 (25.1)	12905 (27.3)
20-39	5709 (14.1)	4666 (9.0)	5229 (11.1)	5949 (14.7)	4315 (8.4)	4396 (9.3)	11658 (28.7)	8982 (17.4)	9626 (20.4)
40-54	5962 (14.7)	10649 (20.6)	9196 (19.5)	3696 (9.1)	7201 (14.0)	5783 (12.2)	9658 (23.8)	17850 (34.6)	14979 (31.7)
55-64	1894 (4.7)	3196 (6.2)	3767 (8.0)	1338 (3.3)	2521 (4.9)	3308 (7.0)	3232 (8.0)	5717 (11.1)	7074 (15.0)
totaal	21866 (53.9)	28422 (55.1)	26112 (55.3)	18724 (46.1)	23159 (44.9)	21135 (44.7)	40591 (100)	51582 (100)	47247 (100)

Leeftijd- en geslachtsopbouw verzekerden 1996

	mannen			vrouwen			totaal		
	VGZ		IZA	VGZ		IZA	VGZ		IZA
	ER=0	ER>0		ER=0	ER>0		ER=0	ER>0	
0-4	3622 (8.6)	3128 (6.1)	1272 (2.7)	3118 (7.4)	2685 (5.3)	1226 (2.6)	6740 (16.0)	5813 (11.4)	2497 (5.4)
5-19	5223 (12.4)	6583 (12.9)	6452 (13.9)	5002 (11.9)	6242 (12.2)	6243 (13.5)	10225 (24.3)	12825 (25.2)	12695 (27.4)
20-39	5528 (13.1)	4336 (8.5)	4745 (10.2)	5700 (13.5)	3980 (7.8)	4121 (8.9)	11228 (26.6)	8316 (16.3)	8866 (19.1)
40-54	6427 (15.2)	10618 (20.8)	9312 (20.1)	3942 (9.4)	7236 (14.2)	5825 (12.6)	10369 (24.6)	17854 (35.0)	15137 (32.6)
55-64	2100 (5.0)	3498 (6.9)	3859 (8.3)	1486 (3.5)	2682 (5.3)	3337 (7.2)	3586 (8.5)	6179 (12.1)	7197 (15.5)
totaal	22900 (54.3)	28162 (55.2)	25640 (55.3)	19248 (45.7)	22825 (44.8)	20753 (44.7)	42148 (100)	50987 (100)	46392 (100)

## BIJLAGE 2 - ONGECORRIGEERDE GEMIDDELDE BEDRAGEN PER VGZ-VERZEKERDE

Gemiddelde jaarlijkse kosten in 1994-1996 per VGZ-verzekerde onder de 65 (ongecorrigeerd, in NLG)

Verstrekking, jaar		VGZ zonder eigen risico	VGZ met eigen risico
huisartsenzorg	1994	115,70	75,65
	1995	118,45	79,80
	1996	115,10	79,20
ziekenhuis en medisch specialist	1994	745,50	600,65
	1995	680,50	583,20
	1996	695,45	608,75
geneesmiddelen	1994	237,75	180,80
	1995	244,80	206,15
	1996	254,80	205,50
verloskundige en kraamzorg	1994	45,80	16,25
	1995	36,05	19,30
	1996	35,55	14,45
tandheelkundige zorg	1994	30,40	23,20
	1995	27,35	20,95
	1996	28,30	22,25
orthodontie	1994	38,30	36,40
	1995	38,15	36,10
	1996	40,40	38,40
paramedische zorg	1994	81,10	59,70
	1995	79,50	59,30
	1996	55,65	41,20