



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief
Een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg

M.J.P. van der Maat
J.D. de Jong

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl

ISBN 978-94-6122-004-2

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2010 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

Inhoud

Voorwoord	5
Management samenvatting	7
1 Inleiding	11
1.1 Algemeen	11
1.2 Onderzoeksvragen	13
1.3 Leeswijzer	14
2 Achtergrond	15
2.1 Eigen betalingen	15
2.2 Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet	16
3 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling	21
3.1 Onderzoeksmethode	21
3.2 Gegevensverzameling	22
4 Bekendheid met en opvattingen over het verplicht eigen risico	25
4.1 Algemene bekendheid met het verplicht eigen risico	25
4.2 Opvattingen over het verplicht eigen risico	28
5 Een vrijwillig eigen risico	31
5.1 Hoogte van een vrijwillig eigen risico	31
5.2 Redenen om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen	31
6 Effecten van eigen risico op zorggebruik	33
6.1 Zorggebruik in 2009	33
6.2 Verwachtingen over zorggebruik	34
7 Keuzeondersteuning	37
8 Beleidsvarianten	39
9 Samenvatting en conclusie	43
9.1 Samenvatting	43
9.2 Conclusie	46
Literatuur	51
Bijlage Vragen over eigen risico	53

Voorwoord

Het NIVEL wil meer inzicht verkrijgen in de manier waarop verzekerden kijken naar eigen betalingen binnen de zorg. In het voorliggende rapport worden zowel de kennis en mening over het eigen risico als het huidige en verwachte gedrag met betrekking op zorggebruik vanuit verzekerdenperspectief in kaart gebracht.

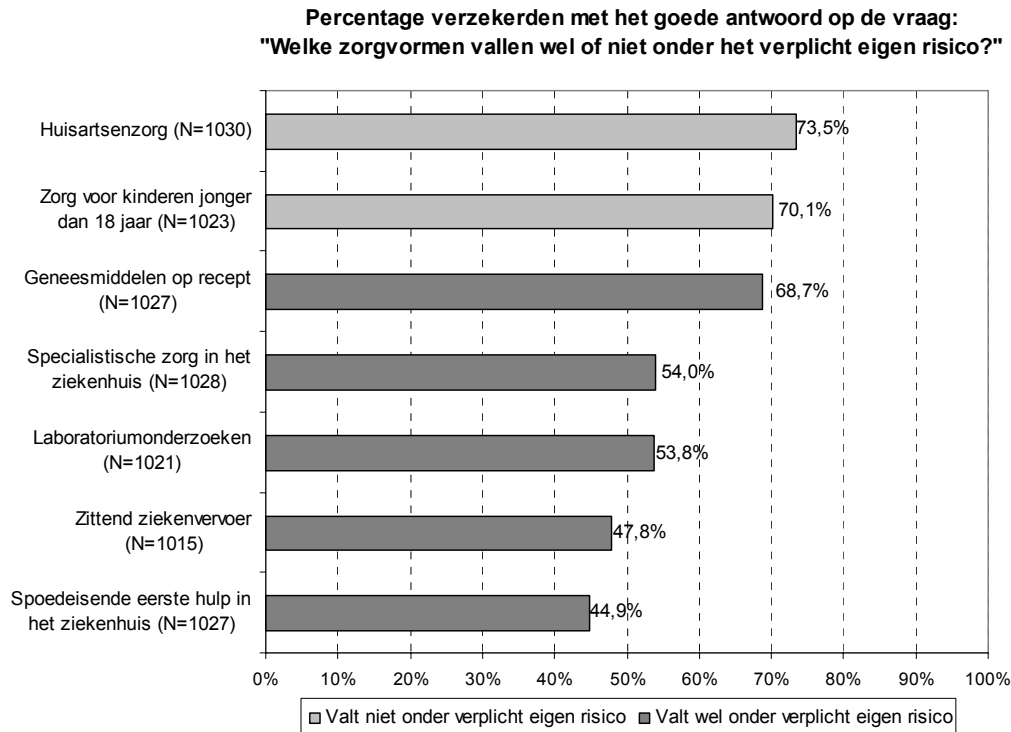
Marjan van der Maat en Judith de Jong
Utrecht, juni 2010

Management samenvatting

Dit rapport brengt meerdere aspecten van het eigen risico in de zorgverzekering in kaart vanuit het verzekerdenperspectief. Bij de invoering van het eigen risico zijn twee beleidsveronderstellingen gedaan. Er wordt verondersteld dat de regeling een remmend gedragseffect zou hebben op zorggebruik ('remgeldeffect') en dat de regeling zorgt voor een financieringsverschuiving. Door eigen betalingen wordt een deel van de verantwoordelijkheid bij de burger zelf gelegd, er is sprake van medefinanciering. De vraag is of het eigen risico werkt zoals het is bedoeld.

Kennis over verplicht eigen risico is globaal

De meeste verzekerden (96%) zeggen in oktober 2009 dat zij bekend zijn met het bestaan van het verplicht eigen risico. Iets meer dan de helft van de verzekerden (55%) geeft aan dat het onduidelijk is welke zorgvormen onder het eigen risico vallen. Wanneer per zorgvorm wordt gevraagd of het verplicht eigen risico hier voor geldt, geeft gemiddeld genomen ongeveer de helft van de verzekerden een goed antwoord. Dit percentage verschilt per zorgvorm: bij huisartsenzorg is dit bijna 74% en bij spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis 45%.



Weinig verzekerden kiezen een vrijwillig eigen risico

Uit dit onderzoek blijkt dat weinig verzekerden (7%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dat percentage is over de afgelopen drie jaar redelijk constant gebleven. Van het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico neemt ruim de helft een eigen risico van 200 euro of lager. De belangrijkste redenen die worden genoemd om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico zijn: een aantrekkelijke premiekorting en weinig gebruik maken van zorg. De belangrijkste reden van verzekerden om geen vrijwillig eigen risico te kiezen is dat ze zich geen zorgen willen maken over zorgkosten.

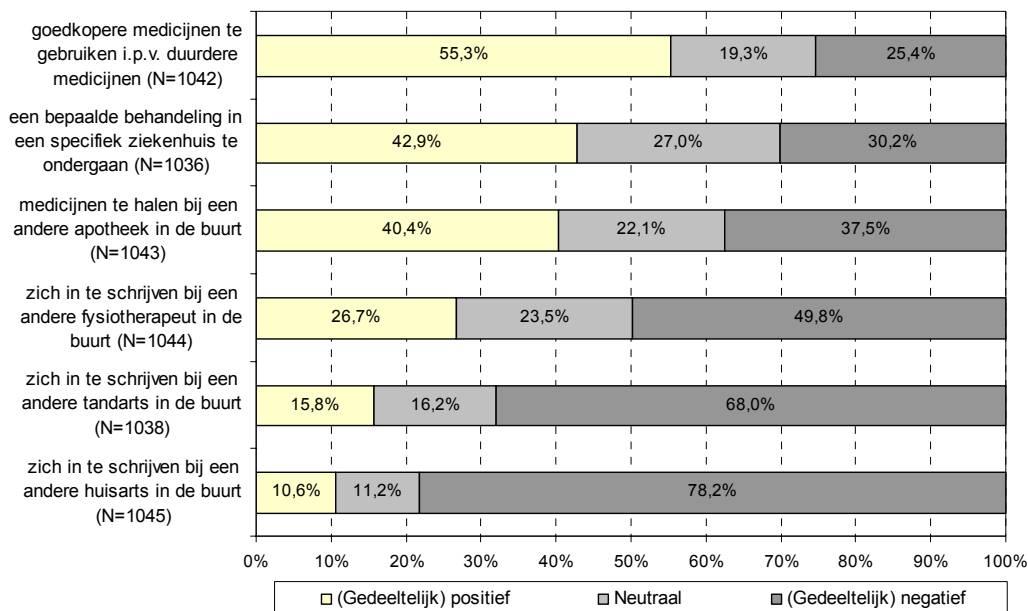
Weinig verzekerden passen zorggebruik aan door verplicht eigen risico

Ongeveer 5% van de verzekerden zegt in 2009 minder medische zorg te hebben gebruikt doordat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam. Van het totaal aantal verzekerden zegt 3,4% dat ze minder vaak naar de huisarts zijn gegaan. Uit de resultaten over het verwachte zorggebruik van anderen en de verzekerden zelf blijkt dat verzekerden positiever gesteld zijn over hun eigen gedrag dan over het gedrag van anderen.

Verzekerden staan niet direct negatief tegenover sturing door zorgverzekeraars

Verzekerden staan niet direct negatief tegenover mogelijk kostenbesparende maatregelen van hun zorgverzekeraar door middel van sturing, dit hangt alleen wel af van de specifieke vorm van zorg.

Hoe verzekerden er tegenover staan als hun zorgverzekeraar hen vraagt om...



Zo worden verzekerden liever niet gestuurd bij de keuze voor een huisarts, tandarts of fysiotherapeut. Iets meer dan de helft van de verzekerden staat er positief tegenover als hun zorgverzekeraar zou vragen om preferente medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen. Ook staan verzekerden er positiever tegenover als hun

zorgverzekeraar hen vraagt om een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan. Verder staan verzekerden er niet bijzonder negatief tegenover als hun zorgverzekeraar aan hen zou vragen of ze bereid zijn om medicijnen af te halen bij een andere apotheek in de buurt.

Voorkeur huisarts bepalend in de keuze voor een zorgaanbieder

Verzekerden laten zich in grote mate leiden door de voorkeur van de huisarts. Heeft de huisarts geen voorkeur voor een bepaald ziekenhuis dan lijkt de keuze deels beïnvloed door de vrijstelling van het verplicht eigen risico.

Eventuele beleidsvarianten nader bekeken

Bij een eventuele verhoging verplicht eigen risico van 155 tot 300 euro zegt bijna eenderde (30%) van de verzekerden een belemmering te ervaren en bij 300 tot en met 550 euro is dit opgelopen tot iets meer dan de helft (54%) van de verzekerden.

Verzekerden waren verdeeld over de beleidsvariant van het verschoven eigen risico. Hierbij zou het eigen risico niet gelden voor de kosten vanaf 0 euro (oftewel aan de voet) maar zou het verplicht eigen risico pas gaan gelden wanneer de zorgkosten boven een bepaald bedrag uitkomen. Verzekerden gaven aan de regeling ingewikkeld te vinden. Dit is niet verrassend aangezien verzekerden waarschijnlijk nog nooit van deze beleidsvariant hebben gehoord. Desondanks zijn wij van mening dat de resultaten een richting aangeven waarin de verzekerden denken.

Wat betekenen de resultaten?

Het eigen risico is ingevoerd met het idee dat deze regeling verzekerden meer bewust zou maken van de kosten van zorg. Het eigen risico zou een remmend effect hebben op zorggebruik (een gedragseffect). Daarnaast zou de regeling zorgen voor een financieringsverschuiving.

In dit onderzoek hebben we gekeken naar het gedragseffect. Om een gedragseffect te laten optreden moeten verzekerden kennis hebben van de regeling en invloed uit kunnen oefenen op hun zorggebruik. Aan beide voorwaarden is niet volledig voldaan. De regeling geldt niet voor de zorg waar verzekerden de meeste invloed op uit kunnen oefenen: het gebruik van huisartsenzorg. Dit beperkt de werking van de maatregel aanzienlijk. Als verzekerden niet of slecht op de hoogte zijn van het verplicht eigen risico en de zorgvormen waarop deze regeling betrekking heeft, kan dit als consequentie hebben dat de beoogde effecten niet of slechts beperkt optreden. Door onvoldoende of verkeerde informatie zouden ook niet beoogde effecten kunnen optreden. Uit onze resultaten blijkt dat verzekerden wel op de hoogte zijn van het bestaan van de regeling verplicht eigen risico maar dat verzekerden over het algemeen een gebrekkige kennis hebben als het gaat om de vormgeving van het verplicht eigen risico. Verzekerden weten niet precies op welke zorgvormen het verplicht eigen risico betrekking heeft en welke zorgvormen buiten het verplicht eigen risico vallen.

Het eerste doel van de regeling is het zorgen voor een financieringsverschuiving. Het verplicht eigen risico levert altijd een financieringsverschuiving op aangezien de verantwoordelijkheid voor de kosten door eigen betalingen voor een deel bij de

verzekerden wordt gelegd. Uit dit onderzoek leiden we af dat van het tweede doel, het gedragseffect, volgens verzekerden nauwelijks wordt bereikt. Doel van het verplicht eigen risico is verzekerden meer bewust te maken van de kosten van zorg en daarbij te zorgen voor een remmend effect op zorggebruik. De helft van de verzekerden geeft aan zelf door het verplicht eigen risico niet in grotere mate bewust te zijn van de kosten in de gezondheidszorg. Daar komt nog bij dat het verplicht eigen risico voor chronisch zieken nauwelijks of geen remmend effect op hun zorggebruik heeft en een beperkt remmend effect op het zorggebruik door ouderen. Een cruciaal punt bij de gedachte van een remgeldeffect is dat verzekerden een inschatting moeten kunnen maken in het onderscheid tussen niet noodzakelijke en noodzakelijke zorg. Het is maar de vraag in hoeverre deze inschatting door verzekerden zelf gemaakt kan worden. Dit alles overziend kan afgevraagd worden of het eigen risico het beste middel is om de gestelde doelen te bereiken.

Methode

De gebruikte gegevens zijn afkomstig uit het ConsumentenPanel Gezondheidszorg, een project van het NIVEL. Doel van dit panel is op landelijk niveau informatie te verzamelen over meningen en ervaringen van gebruikers van de gezondheidszorg. In oktober/november 2009 zijn 1.559 panelleden benaderd om een vragenlijst in te vullen. Panelleden die hebben aangegeven dat zij de vragenlijst via internet in willen vullen, kregen een email toegestuurd met hierin een link naar de vragenlijst (N=849). De overige panelleden (N=710) hebben een schriftelijke vragenlijst toegestuurd gekregen. De respons bij de internetvragenlijst is 64,9% en bij de schriftelijke vragenlijst 71,1%. In totaal zijn 1.056 bruikbare vragenlijsten meegenomen in de analyse. Het panel vormt door over- en ondervertegenwoordiging van sommige leeftijdsgroepen een minder representatieve afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Om tot een representatief beeld te komen is een weging toegepast op leeftijd en geslacht. Hierbij is gebruik gemaakt van gegevens over de verdeling van de bevolking van het CBS.

1 Inleiding

1.1 Algemeen

Dit rapport brengt vanuit het perspectief van verzekerden meerdere aspecten van het eigen risico in de zorg in kaart. Het gaat daarbij om de kennis en mening over het eigen risico maar ook over het huidige en verwachte gedragseffect op zorggebruik. Heeft het eigen risico effect op zorggebruik en op welke vormen van zorg is dat het geval? Bij de invoering van het eigen risico zijn twee beleidsveronderstellingen gedaan. Er wordt verondersteld dat de regeling een remmend gedragseffect zou hebben op zorggebruik ('remgeldeffect') en dat de regeling zorgt voor een financieringsverschuiving (Staatsblad 1996: 541, Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3, MvT). Door eigen betalingen wordt een deel van de verantwoordelijkheid bij de burger zelf gelegd, er is sprake van medefinanciering (Ibid.).

De vraag is of het eigen risico werkt zoals het is bedoeld. Voordat in hoofdstuk 2 uitgebreider wordt ingegaan op de achtergrond van eigen betalingen en de beoogde werking ervan volgt in deze paragraaf een inleiding met in het kort de belangrijkste informatie.

Het verplicht eigen risico is een vorm van een eigen betaling in de zorg. Bij eigen betalingen moeten verzekerden een deel van de zorgkosten zelf betalen¹. Eigen betalingen in de zorg worden gezien als instrument om de kosten van de zorg te beheersen.

Eigen betalingen zijn niet nieuw. Enkele voorbeelden hiervan zijn de medicijnknaak (uit 1983), het zogenaamde specialistengeeltje (in de periode 1988 tot 1990) en de in 2005 ingevoerde no-claimregeling voor ziekenfondsverzekerden. De no-claimregeling gold vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor alle verzekerden (Art. 22 Zvw). De regeling hield in dat verzekerden die jaarlijks voor minder dan 250 euro aan zorgkosten hadden het verschil tussen hun zorgkosten en 250 euro terugkregen. De regeling gold alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Op 1 januari 2008 is het verplicht eigen risico ingevoerd, ter vervanging van de no-claimregeling. Dit houdt in dat verzekerden een deel van de zorg die ze ontvangen, zelf moeten betalen. Het verplicht eigen risico geldt voor alle verzekerden en heeft betrekking op de basisverzekering. De hoogte van het verplicht eigen risico is voor alle verzekerden gelijk en bedroeg 2009 in 155 euro. Het verplicht eigen risico is in 2010 vastgesteld op 165 euro. De kosten van bepaalde vormen van zorg, waaronder huisartsenzorg, komen niet voor rekening van het eigen risico.

¹ Het betalen van zorgkosten door de verzekerde wordt ook wel 'eigen bijdrage' genoemd. De verschillende eigen bijdrages tellen op tot het totaal van het verplicht eigen risico.

Het verplicht eigen risico is onder andere bedoeld om verzekerden meer bewust te maken van de kosten van hun zorggebruik. Doordat verzekerden geconfronteerd worden met kosten als zij zorg gebruiken, zouden zij de kosten mee gaan wegen bij de beslissing om zorg te gebruiken. Op deze manier zou onnodig en oneigenlijk gebruik van medische voorzieningen worden beperkt (Van der Geest, 2008; Westerhout en Folmer, 2007). De overheid veronderstelt dat eigen betalingen in de gezondheidszorg een remmend effect op het zorggebruik hebben. Een voorwaarde voor het bereiken van dit gedragseffect is dat verzekerden beschikken over juiste kennis met betrekking tot de regeling. Bij de no-claimregeling bleek dat mensen wel wisten dat de regeling bestond, maar dat zij geen gedetailleerde kennis hadden over de werking ervan (Goudriaan et al., 2007). Een deel van de mensen dacht ten onrechte dat de huisarts onder de no-claimregeling viel (Van der Schee en Delnoij, 2005). Als gevolg hiervan kan het zijn dat mensen minder naar de huisarts gingen door de no-claimregeling, terwijl dat niet de bedoeling was. Mensen hebben inderdaad gerapporteerd dat zij door de regeling minder vaak naar de huisarts zijn gegaan (De Jong et al., 2006). Gegeven het feit dat de daadwerkelijke (gedrags)effecten van het eigen risico beïnvloed worden door de kennis over de regeling bij verzekerden, moet duidelijk worden over welke kennis verzekerden beschikken. Als verzekerden niet op de hoogte zijn van de inhoud van de regeling kan dit gevolgen hebben voor het bereiken van het beoogde gedragseffect.

Een deel van de mensen (5% in 2006) zei dat de no-claimregeling van invloed was op hun zorggebruik (Goudriaan et al., 2007). Cijfers over feitelijk zorggebruik lieten een daling in het aantal nieuwe verwijzingen zien voor mensen waarvoor de no-claimteruggaveregeling gold. Deze daling week echter niet af van gebruikelijke fluctuaties door de jaren heen (De Jong et al., 2006). Op basis hiervan kon geconcludeerd worden dat er geen overtuigend bewijs was voor het bereiken van een gedragseffect door de no-claimregeling. Gedragseffecten van het verplicht eigen risico zijn nog onbekend.

In dit onderzoek wordt de kennis en mening van verzekerden over het eigen risico in kaart gebracht. Daarnaast wordt vanuit verzekerdenperspectief inzicht gegeven in het zelfgerapporteerde effect van het eigen risico op zorggebruik en het verwachte effect op het zorggebruik van anderen. Zijn verzekerden minder gebruik van zorg gaan maken, ervaren verzekerden dat zij door deze regeling anders naar het gebruik van zorg zijn gaan kijken en wat is hun verwachting over het gedrag van anderen?

Nog een doel van het vervangen van de no-claimregeling door het verplicht eigen risico is het gelijk trekken van de verwachte eigen betalingen van een chronisch zieke en een gemiddelde Nederlander. Bij de no-claimregeling was het zo dat verzekerden die vanwege hun gezondheidssituatie naar verwachting nooit recht zouden hebben op een no-claimregeling, via hun nominale premie wel een bijdrage leverden aan de teruggave die gezonde verzekerden ontvingen. Dit heeft al vanaf het begin tot aanzienlijke maatschappelijke en politieke onvrede geleid. Bij de invoering van het verplicht eigen risico werd daarom de compensatie eigen risico ingevoerd (Kamerstukken II 2005/06 29 689 nr. 45, p.11). De compensatie eigen risico wordt toegelicht in hoofdstuk 2.

In het huidige zorgstelsel is er naast een verplicht eigen risico ook een vrijwillig eigen risico. Verzekerden kunnen kiezen voor een vrijwillig eigen risico boven op het verplicht eigen risico, oplopend van 100 tot 500 euro. In ruil voor verhoging van het eigen risico

krijgen verzekerden een korting op de premie van de basisverzekering. Als er medische kosten worden gemaakt dan tellen de kosten eerst mee voor het verplicht eigen risico en pas daarna voor het eventuele vrijwillig eigen risico². Het is interessant om te weten welke redenen verzekerden hebben om al dan niet voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. Daarom wordt in dit rapport ook ingegaan op de keuzes die verzekerden maken met betrekking tot het vrijwillig eigen risico.

Het eigen risico kan ingezet worden als sturingsinstrument voor zorgverzekeraars. Vanaf 2009 is de mogelijkheid van een gedifferentieerd verplicht eigen risico ingevoerd (Staatsblad 2008: 371). Daarmee krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om verzekerden onder bepaalde voorwaarden vrij te stellen van het verplicht eigen risico. Een zorgverzekeraar kan ervoor kiezen om verzekerden geen of slechts een deel van het eigen risico in rekening te brengen als verzekerden naar een preferente zorgaanbieder gaan. Hiermee hebben zorgverzekeraars een instrument in handen om verzekerden te sturen (NZA, 2009). In dit rapport wordt het verzekerdenperspectief op kwijtschelding van het eigen risico door zorgverzekeraars als vorm van keuzeondersteuning, nader onderzocht. Aan de hand van voorbeelden worden verzekerden gevraagd in welke situaties zij positief staan tegenover sturing door hun zorgverzekeraar.

Eigen betalingen in de zorg blijven onderwerp van discussie. Ook nu wordt er gediscussieerd over de vormgeving van het (verplicht) eigen risico. Eind 2009 en begin 2010 zijn er, in het kader van de brede heroverwegingen die op allerlei overheidsterreinen besparingen moeten opleveren, twee werkgroepen aan het werk (één voor de curatieve en één voor de langdurige zorg). Deze werkgroepen moeten op 1 mei 2010 ieder een rapport opleveren met daarin besparingsvarianten van tenminste 20%. Te verwachten valt dat ook eigen betalingen daarin een rol zullen spelen. Mede daarom worden in dit rapport twee beleidsvarianten van het verplicht eigen risico voorgelegd aan verzekerden. Het betreft hier een verschoven verplicht eigen risico zoals voorgesteld in de evaluatie van de Zorgverzekeringswet (Van de Ven et al., 2009) en een verhoging van het eigen risico. Dit biedt wellicht inzichten in de te verwachten effecten en het maatschappelijk draagvlak van deze beleidsvarianten.

1.2 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek richt zich op het eigen risico vanuit een verzekerdenperspectief. Het onderzoekt de kennis en mening van verzekerden over het eigen risico, de keuzes die verzekerden maken met betrekking tot het vrijwillig eigen risico, de mogelijke gedragseffecten van eigen betalingen en meningen over bijvoorbeeld keuzeondersteuning in de zorg of mogelijk nieuwe ontwikkelingen (beleidsvarianten) op het gebied van het eigen risico.

² Zie www.minvws.nl (geraadpleegd op 07-12-2009), zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen voor het vrijwillig eigen risico dezelfde zorgvormen uit te sluiten als voor het verplicht eigen risico.

Om het eigen risico vanuit verzekerdenperspectief in kaart te brengen, zijn de volgende vijf beschrijvende onderzoeksvragen opgesteld:

- *‘Is het verplicht eigen risico algemeen bekend en wat vinden verzekerden van deze regeling?’*
- *‘Kiezen verzekerden voor een vrijwillig eigen risico?’*
- *‘Welk effect heeft het eigen risico volgens verzekerden op hun zorggebruik?’*
- *‘Hoe staan verzekerden er tegenover als het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars wordt ingezet als sturingsinstrument?’*
- *‘Hoe staan verzekerden tegenover eventuele beleidsvarianten van het verplicht eigen risico?’*

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft uitgebreid wat eigen betalingen zijn en welke vormen van eigen betalingen er in de Zorgverzekeringswet zijn. In hoofdstuk 3 wordt de methode van onderzoek nader toegelicht. De vijf onderzoeksvragen die hiervoor zijn genoemd staan ieder apart in een hoofdstuk centraal. Hoofdstuk 4 gaat over de algemene bekendheid en opvattingen van verzekerden over het verplicht eigen risico. In hoofdstuk 5 wordt beschreven of verzekerden gebruik maken van het vrijwillig eigen risico. De onderzoeksvraag over zorggebruik wordt in hoofdstuk 6 beantwoord. Hoofdstuk 7 beschrijft hoe verzekerden staan tegenover het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars ingezet als sturingsinstrument. Daarmee beantwoordt het de vierde onderzoeksvraag. De laatste onderzoeksvraag over de beleidsvarianten wordt beantwoord in hoofdstuk 8.

2 Achtergrond

In het voorgaande hoofdstuk is een samenvatting gegeven van de belangrijkste informatie over het eigen risico en de onderzoeksvragen die in dit rapport beantwoord zullen worden. In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de achtergrond van het eigen risico als vorm van eigen betaling.

2.1 Eigen betalingen

Eigen betalingen in de zorg worden als instrument gezien om de kosten van de zorg te beheersen. Doordat mensen zich verzekeren tegen zorgkosten zijn de financiële kosten en gezondheidsbaten niet meer gekoppeld. Als gevolg hiervan zouden mensen de kosten buiten beschouwing laten bij hun beslissing om zorg te gebruiken. De veronderstelling is daarbij dat mensen te gemakkelijk zorg gebruiken (RVZ, 2004). Eigen betalingen grijpen in op de relatie tussen financiële kosten en gezondheidsbaten. Verzekerden krijgen door middel van eigen betalingen een groter besef van de kosten van zorgvoorzieningen, waardoor zij zich wellicht kostenbewuster gaan gedragen (Ministerie VWS, 2002).

Om een gedragseffect te bereiken via eigen betalingen moet de vraag naar zorg afhankelijk zijn van de prijs (de eigen betaling). De mate waarin dit zo is verschilt tussen typen zorg. Voor de vraag naar huisartsenzorg en fysiotherapie is het effect het grootst, voor ziekenhuiszorg is het effect het kleinst (CPB, 2008). Eigen betalingen proberen de afweging van verzekerden voor het gebruik van zorg te beïnvloeden. Deze afweging is het sterkst bij de initiële beslissing om zorg te gebruiken. Het gaat in ons systeem dan om de afweging om wel of niet naar de huisarts te gaan. De zorg die daarna wordt gebruikt, bijvoorbeeld ziekenhuiszorg en het gebruik van geneesmiddelen, wordt beïnvloed door adviezen en voorschriften van de huisarts. Aangezien ook fysiotherapeuten direct toegankelijk zijn ligt de initiële beslissing om zorg te gebruiken ook voor dit type zorg bij de patiënt en is daarmee gevoelig voor eigen betalingen. Naast een remmend effect op zorgconsumptie wordt met eigen betalingen een financieringsverschuiving beoogd.

Eigen betalingen zijn niet nieuw en ook de discussies rond de invoering van een vorm van eigen betalingen vertonen overeenkomsten met discussies in eerdere vormen van eigen betalingen. In 1983 werd de medicijnknaak ingevoerd voor ziekenfonds-verzekerden. Dit hield in dat per recept een bedrag ter waarde van 1,13 euro moest worden betaald met een jaarlijks maximum van 56 euro per gezin (Ministerie VWS, 2002). Het gevolg was dat het aantal tabletten per recept toenam en het aantal recepten afnam. De eigen bijdrage is daarom weer ingetrokken. In de periode 1988-1990 was er ook weer sprake van eigen betalingen: het zogenaamde specialistengeeltje. Mensen moesten een bedrag ter waarde van 11,34 euro betalen per bezoek aan een medisch

specialist. De maximale eigen bijdrage per gezin bedroeg 34 euro. In 1997 werd de Algemene Eigen Bijdrage regeling in het Ziekenfonds (AEB-regeling) ingevoerd welke in 1999 weer werd ingetrokken, omdat de uitvoering meer kostte dan dat de regeling opleverde (Ministerie VWS, 2002). In 2005 is voor ziekenfondsverzekerden een no-claimregeling ingevoerd. Deze no-claimregeling gold vanaf 1 januari 2006, met de invoering van de Zorgverzekeringswet, voor alle verzekerden. Op 1 januari 2008 is de no-claimregeling vervangen door een verplicht eigen risico (Artikel 18a Zvw). Bij de no-claimregeling in de Ziekenfondswet (ZFW) werd de financieringsverschuiving geschat op 1,3 mld euro (CPB, 2004).

2.2 Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet

Zoals in het vorige hoofdstuk (paragraaf 1.1) is beschreven valt het eigen risico onder te verdelen in een verplicht eigen risico en een vrijwillig eigen risico. Voordat in januari 2008 het verplicht eigen risico inging bestond er een no-claimregeling. Hieronder worden de verschillende vormen van eigen betalingen in de Zvw toegelicht.

No-claimregeling en verplicht eigen risico

De no-claimregeling die in 2005 was ingevoerd voor alleen ziekenfondsverzekerden, gold vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 voor alle verzekerden. De regeling hield in dat verzekerden die jaarlijks voor minder dan 250 euro aan zorgkosten hadden het verschil tussen hun zorgkosten en 250 euro terugkregen. De regeling gold alleen voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Het betrof verzekerden voor wie een nominale premie verschuldigd was. In overeenstemming met een aantal door Nederland geratificeerde verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO nrs. 102, 103, 121, 130 en de Europese Code inzake sociale zekerheid met bijbehorend protocol) vielen verloskundige zorg en kraamzorg buiten de regeling. Daarnaast werd huisartsenzorg uitgezonderd van de regeling, de afweging hiervoor komt later nog aan bod. Doel van de regeling was om verzekerden meer bewust te maken van de kosten van zorg en op deze manier onnodig zorggebruik te voorkomen.

Het verplicht eigen risico dat in 2008 de no-claimregeling vervangt, wordt dan vastgesteld op 150 euro per kalenderjaar (in 2009 op 155 euro en in 2010 op 165 euro). Net als bij de no-claimregeling is er alleen een verplicht eigen risico voor mensen van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico heeft alleen betrekking op verzekerden voor wie een nominale premie moet worden betaald. Ook blijven dezelfde zorgvormen als bij de no-claimregeling buiten beschouwing. Wel valt tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar niet onder het verplicht eigen risico. Het bedrag van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks geïndexeerd, maar het bedrag wordt slechts gewijzigd als de indexatie leidt tot een verhoging met 5 euro of een veelvoud daarvan. De kosten van het verplicht eigen risico worden in rekening bij de verzekerde gebracht door de zorgverzekeraar. Het verplicht eigen risico wordt in tegenstelling tot de no-claimregeling, waar de verzekerde aan het eind van het jaar een mogelijke compensatie kreeg, al tijdens het kalenderjaar ingevorderd.

Een belangrijke uitzondering voor het verplicht eigen risico, die ook al gold voor de no-claimregeling, is dat voor een bezoek aan de huisarts geen eigen bijdrage wordt betaald. Er werd gevreesd voor de toegankelijkheid van noodzakelijke zorg als ook de poortwachter niet meer drempelloos zou kunnen worden bezocht.

Dat de huisarts buiten de regeling is gehouden is van invloed op de mogelijke effecten. Zoals eerder beschreven zijn eigen betalingen vooral van invloed op de initiële beslissing om zorg te gebruiken. Het gaat dan vooral om de afweging om wel of niet naar de huisarts te gaan. De zorg die daarna wordt gebruikt wordt beïnvloed door adviezen en voorschriften van de huisarts. Het gaat dan om zorg zoals het gebruik van geneesmiddelen of ziekenhuiszorg. Dit is de zorg die, als huisartsenzorg buiten beschouwing wordt gelaten, 90% van de kosten bepaalt (CPB, 2008). Het gedragseffect bij een eigen risico van 150 euro wordt door het CPB geschat op 60 mln. euro. Als huisartsenzorg (met uitzondering van de abonnementskosten) wel onder het eigen risico zou vallen wordt het gedragseffect op 120 mln. euro geschat. De totale zorguitgaven veranderen volgens schattingen niet door een vervanging van de no-claimregeling door een verplicht eigen risico. Wel zouden de collectieve zorguitgaven met 1,25 miljard euro afnemen door een financieringsverschuiving (CPB, 2007).

In de evaluatie van de no-claimregeling door APE wordt geconcludeerd dat de beoogde financieringsverschuiving over 2005 bereikt is. Voor 2006 lag de bereikte financieringsverschuiving van 1,9 mld. euro iets onder de geraamde financieringsverschuiving van 2 mld. euro. Reden hiervoor zou zijn dat de financieringsverschuiving nog niet definitief berekend kon worden, omdat er nog no-claim teruggevorderd kon worden. Dat zou betekenen dat de uiteindelijke financieringsverschuiving dichterbij de geraamde verschuiving zou liggen (Goudriaan et al., 2007).

Vrijwillig eigen risico

Verzekerden hebben de mogelijkheid om vrijwillig hun eigen risico te verhogen. In ruil voor verhoging van het eigen risico krijgen verzekerden een korting op de premie. De looptijd van het vrijwillige eigen risico kan door zorgverzekeraars worden vastgesteld, in de praktijk blijkt het vrijwillig eigen risico vast te liggen voor een jaar. Er wordt momenteel geen gebruik gemaakt van de optie om een hogere korting te geven als mensen hun eigen risico voor meer dan een jaar vastleggen. De korting die wordt gegeven bij een verhoging van het eigen risico is laag. Het gevolg hiervan is dat alleen verzekerden die verwachten dat ze weinig zorg gaan gebruiken een vrijwillig eigen risico afsluiten. Mede hierom mag een remmende werking op zorggebruik niet verwacht worden. Ongeveer 5% van de bevolking heeft in 2008 gekozen voor een vrijwillig eigen risico (NZa, 2008; De Jong, 2008). Van een financieringsverschuiving zal ook geen sprake zijn wanneer verzekerden geen zorg gebruiken die onder van het vrijwillig eigen risico valt.

Compensatieregeling eigen risico

Met het invoeren van eigen betalingen is ook de discussie op gang gekomen met betrekking tot verzekerden met hoge zorgkosten, zoals chronisch zieken en gehandicapten. Chronisch zieken en gehandicapten hebben financieel nadeel van eigen betalingen, omdat zij geen keuze hebben in hun zorgkosten en dus altijd hoge zorgkosten

hebben. In het Coalitieakkoord is afgesproken dat chronisch zieken en gehandicapten (later wordt dit “verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten” genoemd) uitgezonderd worden van het nieuwe systeem van eigen betalingen (Kamerstukken II 2006/07, 30 891, nr. 4). Ze worden niet wettelijk vrijgesteld van het verplicht eigen risico, maar worden financieel gecompenseerd. Doel van deze compensatie was het gelijk trekken van de verwachte eigen betalingen van een chronisch zieke en een gemiddelde Nederlander. Bij de invoering van het verplicht eigen risico werd daarom de compensatie eigen risico ingevoerd (Kamerstukken II 2005/06 29 689 nr. 45, p.11). Door de compensatie eigen risico krijgen chronisch zieken het verschil (47 euro in 2008 en 50 euro in 2009) tussen het eigen risico en de verwachte kosten (103 euro in 2008) van een gemiddelde Nederlander gecompenseerd. Hierdoor zouden de verwachte kosten van een gemiddelde Nederlander en een chronisch zieke op hetzelfde niveau liggen (Kamerstukken II 2007/08 31 094 nr. 5, pag. 260-303). De compensatieregeling wordt uitgevoerd door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten BV (CAK-BZ).

Eigen risico als sturingsmiddel

Een nadeel van een eigen risico is dat bij dure zorgvormen zoals ziekenhuiszorg of specialistische hulp het maximum al snel wordt bereikt. Het eigen risico heeft dan geen remmend effect meer op de zorgconsumptie. Daarom is voorgesteld om bij algemene maatregel van bestuur zorgvormen aan te wijzen die niet voor het hele bedrag aan zorgkosten onder het verplicht eigen risico vallen, maar waarvoor een eigen bijdrage gaat gelden. Deze eigen bijdrage telt mee voor het bereiken van het maximale verplicht eigen risico. Vanwege de complexiteit is in 2008 geen gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. Uit berekeningen van het CPB blijkt dat het verlagen van het bijbetalingpercentage, waardoor het langer duurt voordat verzekerden het maximale eigen risico bereiken, het gedragseffect niet vergroot (CPB, 2008).

Daarnaast hebben zorgverzekeraars de wens geuit om het verplicht eigen risico in te zetten als sturingsinstrument zodat ze verzekerden kunnen stimuleren om bijvoorbeeld gebruik te maken van doelmatige zorgarrangementen of om gezond gedrag te vertonen. Bijvoorbeeld door verzekerden te stimuleren preventieprogramma's te volgen. Vanaf 2009 is de mogelijkheid van een gedifferentieerd verplicht eigen risico ingevoerd (Staatsblad 2008, 371). De mogelijkheid van een gedifferentieerd verplicht eigen risico is bedoeld om zorgverzekeraars een extra prikkel te geven om te investeren in de zorginkoop en op dat terrein resultaten te boeken. Voor dergelijke situaties, waarin zorgverzekeraars gunstige afspraken met zorgaanbieders hebben gemaakt, mogen ze verzekerden (gedeeltelijk) vrijstellen van het eigen risico.

Van de mogelijkheid om op deze wijze de keuze van verzekerden te beïnvloeden via positieve prijsprikkels is in 2009 door de helft van de verzekeraars direct gebruik gemaakt (met in totaal 58% van het aantal verzekerden) (NZa, 2009). Uit onderzoek van de NZa (2009) blijkt dat zorgverzekeraars zich hierbij vooralsnog beperkt hebben tot bepaalde zorgvormen binnen het B-segment³. Met als overweging dat zij ten aanzien van deze Diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) over voldoende kwaliteitsinformatie beschik-

³ Het B-segment bevat het vrij-onderhandelbare deel van de ziekenhuiszorg waarvoor geen vaste prijzen zijn bepaald. Het B-segment bevat relatief eenvoudige en planbare zorg. Het vrije B-segment is in 2009 34% (Van de Ven et al., 2009).

ken, zodat de vrijstelling wordt gekoppeld aan kwalitatief goede zorg. Hoewel zorgverzekeraars ook de kosten van behandeling voor diabetes, depressie, hartfalen, chronisch obstructief longlijden en overgewicht deels of geheel buiten het verplicht eigen risico kunnen laten vallen, heeft nog geen van de zorgverzekeraars hiervan gebruik gemaakt. Aangezien de mogelijkheid om verzekerden onder bepaalde voorwaarden vrij te stellen van het eigen risico pas op 1 januari 2009 is ingezet, zijn er nog geen effecten bekend.

3 Onderzoeksmethode en gegevensverzameling

In dit hoofdstuk wordt aangegeven hoe het onderzoek is opgezet. Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen worden de gegevens uit een peiling gebruikt waarbij een gedeelte van de panelleden van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg (CoPa) is bevraagd. In dit hoofdstuk beschrijven we zowel de manier waarop de vragen zijn gesteld over de verschillende aspecten van het eigen risico (paragraaf 3.1) als het ConsumentenPanel Gezondheidszorg (paragraaf 3.2). De respondenten zullen gezien het onderwerp van het onderzoek en het feit dat zij allemaal verzekerd zijn worden aangeduid als ‘verzekerden’.

3.1 Onderzoeksmethode

De vragen maakten deel uit van een vragenlijst waarin ook vragen over andere onderwerpen dan het eigen risico waren opgenomen. Bij de vragen over het eigen risico kregen deelnemers eerst een introductie te lezen waarin zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico kort werd toegelicht. Daarna volgden de vragen over het eigen risico. De vragen met antwoordcategorieën zijn opgenomen in de bijlage.

Vragen naar bekendheid met en opvattingen over het verplicht eigen risico

Aan de verzekerden is gevraagd of ze bekend zijn met het verplicht eigen risico en hoe zij hierover zijn geïnformeerd (vraag 11 en 12). De opvattingen van verzekerden ten aanzien van het verplicht eigen risico werden in kaart gebracht door het voorleggen van een aantal stellingen. Daarbij konden de respondenten aangeven in hoeverre zij het daarmee eens of oneens waren (vraag 18). Daarnaast zijn verschillende vormen van zorg voorgelegd met de vraag of gebruik hiervan voor rekening komt van het verplicht eigen risico (vraag 22).

Vragen naar gebruik vrijwillig eigen risico

Hier wordt ingegaan op de bereidheid bij verzekerden om een vrijwillig eigen risico te kiezen. Er is gevraagd of verzekerden gekozen hebben voor een vrijwillig eigen risico en zo ja, voor welke hoogte van het vrijwillig eigen risico (vraag 13). Daarnaast is ingegaan op de redenen om wel of niet voor een vrijwillig eigen risico te kiezen (vraag 14 en 15).

Vragen naar effecten van eigen risico op zorggebruik

Een belangrijke veronderstelling van de overheid bij de invoering van het eigen risico is dat eigen bijdragen in de gezondheidszorg een remmend effect hebben op het zorggebruik. Maar wat verwachten verzekerden van de invloed van het eigen risico op hun eigen zorggebruik? Er werden vragen voorgelegd met betrekking tot gedragseffecten. Aan verzekerden is gevraagd of zij door het verplicht eigen risico minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg (vraag 16). Werd daar bevestigend op geantwoord dan

volgde de vraag op welke manier zij minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg (vraag 17). Naast vragen over hun zorggebruik in 2009 is ook een aantal stellingen voorgelegd die te maken hebben met verwachtingen over het zorggebruik. Daarbij werd bijvoorbeeld gevraagd of deze regeling er toe leidt dat iemand zelf of dat anderen zorgvuldig of bewust met de zorg omgaan (vraag 19).

Vragen naar keuzeondersteuning

Het eigen risico kan door zorgverzekeraars ingezet worden als sturingsinstrument. Aan verzekerden is gevraagd in hoeverre zij daar iets over weten en hoe ze daarop zouden reageren. Zo is er gevraagd hoe verzekerden er tegenover staan als hun zorgverzekeraar zou vragen om naar een voorkeurszorgverlener te gaan of een voorkeursgeneesmiddel te gebruiken (vraag 23 en 24).

Vragen naar beleidsvarianten

Tot slot hebben we gevraagd bij welk bedrag verzekerden een belemmering gaan ervaren om noodzakelijke zorg te gebruiken (vraag 20). Ook hebben we een beleidsvariant van het verplicht eigen risico voorgelegd waarbij er sprake is van een verschoven verplicht eigen risico (vraag 21). Dat wil zeggen dat de hoogte van het eigen risico niet voor iedereen hetzelfde is. Deze beleidsvariant wordt verder toegelicht in hoofdstuk 8.

Vragen naar achtergrondkenmerken verzekerden

In de analyses is een aantal achtergrondkenmerken van verzekerden meegenomen om te kijken of verzekerden met bepaalde kenmerken onderling van elkaar verschilden in hun kennis, mening en gebruik van het verplicht eigen risico. Deze achtergrondkenmerken zijn geslacht, leeftijd, opleiding, inkomen en de gezondheidstoestand. Alle meegenomen kenmerken zijn binnen het CoPa bevraagd.

De hoogst afgeronde opleiding is in drie categorieën onderverdeeld namelijk 'laag' (geen opleiding, basisonderwijs, LBO/VBO), 'midden' (VMBO, MAVO, HAVO, VWO) en 'hoog' opgeleid (HBO, HTS en WO).

Wat betreft het inkomen is gevraagd naar het netto maandinkomen van het huishouden waarbij verzekerden konden kiezen uit vijftien antwoordcategorieën.

De gezondheidstoestand is bevraagd door middel van een vraag "Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?" waarbij meerdere antwoordcategorieën mogelijk zijn namelijk 'uitstekend', 'zeer goed', 'goed', 'matig', 'slecht'. In de analyses is deze variabele omgecodeerd tot drie antwoordcategorieën waarbij zowel 'uitstekend'/'zeer goed' zijn samengenomen tot een categorie als 'slecht'/'matig'. De antwoordcategorie 'goed' blijft een bestaande categorie.

3.2 Gegevensverzameling

Deze paragraaf geeft een toelichting op de manier waarop de gegevens zijn verzameld bij CoPa (paragraaf 3.2.1), een overzicht van de respons (paragraaf 3.2.2), een uitleg over de manier waarop de gegevens zijn gewogen naar de samenstelling van de algemene bevolking wat betreft leeftijd en geslacht (paragraaf 3.2.3) en een toelichting op de gedane analyse (paragraaf 3.2.4).

3.2.1 ConsumentenPanel Gezondheidszorg

De onderzoeksvragen worden beantwoord door middel van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg (CoPa) van het NIVEL bestaande uit leden van de algemene bevolking in Nederland. Dit zogenoemde accesspanel bestaat uit ongeveer 2.800 personen die bereid zijn om regelmatig vragen te beantwoorden. Van deze personen is een groot aantal basisgegevens bekend.

Het is van groot belang dat CoPa representatief is voor de algemene bevolking in Nederland, omdat we onze resultaten willen generaliseren naar de algemene bevolking. Om het panel door de jaren heen representatief te houden wordt het regelmatig aangevuld en ververs.

Voor het benaderen van potentiële nieuwe leden wordt een adressenbestand aangekocht bij een bedrijf dat adresbestanden verkoopt. Dit bedrijf levert een adresbestand met van een groot aantal personen het postadres en telefoonnummer. Deze personen worden schriftelijk benaderd met de vraag of zij lid willen worden van CoPa. Vervolgens worden deze personen een week later gebeld met de vraag of men geïnteresseerd is in CoPa. Als men aangeeft dat men geïnteresseerd is, wordt een informatiebrochure thuisgestuurd, evenals een basisvragenlijst. Wanneer men de ingevulde basisvragenlijst heeft geretourneerd is men lid van het panel. De leden van het panel krijgen ongeveer drie keer per jaar een vragenlijst voorgelegd over actuele en beleidsrelevante thema's. Voor meer informatie verwijzen we naar Reitsma-van Rooijen en De Jong (2009).

3.2.2 Respons

Dit onderzoek is in de periode oktober/november 2009 uitgevoerd onder een deel van de panelleden van CoPa. Voor het huidige onderzoek zijn in totaal 1.559 CoPa-leden benaderd om een vragenlijst in te vullen. Panelleden die hebben aangegeven dat zij de vragenlijst via internet in willen vullen, kregen een email toegestuurd met hierin een link naar de vragenlijst (N=849). De overige panelleden (N=710) hebben een schriftelijke vragenlijst toegestuurd gekregen. Aan alle panelleden die niet hebben gereageerd, is een herinnering toegestuurd. In totaal hebben 551 panelleden de vragenlijst via internet ingevuld (respons van 64,9%) en 505 panelleden hebben een schriftelijke vragenlijst ingevuld (respons van 71,1%). De gemiddelde respons is 67,7%. Bij CoPa-onderzoek ligt de respons over het algemeen ongeveer tussen de 70 en de 80%. Dat de respons bij deze peiling wat lager ligt dan normaal komt doordat meer dan de helft via internet is benadert. Bij onderzoeken waar gebruik gemaakt wordt van internetvragenlijsten ligt de respons over het algemeen lager dan wanneer gebruik wordt gemaakt van schriftelijke vragenlijsten (Zuidgeest et al., 2008).

3.2.3 Weging

Aangezien de verdeling van leeftijd en geslacht binnen CoPa enigszins afwijkt van de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de bevolking, hebben we de respondenten zodanig gewogen dat de samenstelling van de respondenten wat betreft leeftijd en

geslacht gelijk is aan de samenstelling hiervan binnen de algemene bevolking in Nederland. Tabel 3.1 geeft een overzicht van de samenstelling van de respons ten opzichte van de Nederlandse bevolking. Het blijkt dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn en dat vooral respondenten in de groep 18 tot en met 39 jaar ondervertegenwoordigd zijn. Daarom wordt een weging toegepast naar leeftjidsverdeling en geslacht. De effecten van deze wegingen zijn weergegeven in tabel 3.1.

Tabel 3.1 Overzicht van de verdeling van de respons

	enquête ongewogen (N=1056)	enquête gewogen (N=1056)	Nederlandse bevolking vanaf 18 jaar (N=12957546)*
Geslacht:			
man	44,6	49,0	49,0
vrouw	55,4	51,0	51,0
Leeftijd:			
18 tot en met 39 jaar	10,1	35,8	35,8
40 tot en met 64 jaar	54,2	45,1	45,1
65 tot en met 74 jaar	24,2	10,4	10,4
75 jaar en ouder	11,5	8,6	8,7

* bron: CBS, Statline geraadpleegd op 4 november 2009

3.2.4 Analyses

De gegevens over het verplicht eigen risico zijn geanalyseerd met het statistische programma STATA. Er zijn voornamelijk beschrijvende analysetechnieken gebruikt (frequentie verdelingen). Daarnaast is gewerkt met een multi-pele logistische regressieanalyse om te kijken of verschillende groepen verzekerden significant verschillen van andere groepen. Voor logistische regressie is gekozen omdat de afhankelijke variabele elke keer een dichotome variabele is. Dichotoom wil zeggen dat er twee antwoordcategorieën zijn, bijvoorbeeld 0=geen gebruik van een vrijwillig eigen risico en 1=wel gebruik van een vrijwillig eigen risico. Bij deze logistische regressieanalyse zijn de achtergrondkenmerken geslacht, leeftijd, opleiding, gezondheidstoestand en inkomen meegenomen. Wanneer er naar de relatie tussen de antwoorden van verzekerden en hun kenmerken wordt gekeken vindt er geen weging plaats.

4 Bekendheid met en opvattingen over het verplicht eigen risico

In het voorliggende hoofdstuk worden de resultaten op het gebied van algemene bekendheid met en opvattingen over het verplicht eigen risico beantwoord. Deze resultaten hebben betrekking op de eerste onderzoeksvraag. Paragraaf 4.1 gaat in op algemene bekendheid met het verplicht eigen risico en de kennis over welke vormen van zorg vallen onder het verplicht eigen risico (4.1). Vervolgens wordt beschreven hoe verzekerden tegen het verplicht eigen risico aankijken (4.2).

4.1 Algemene bekendheid met het verplicht eigen risico

Bij de invoering van het verplicht eigen risico veronderstelt de overheid dat eigen bijdragen in de gezondheidszorg een remmend effect op het zorggebruik zullen hebben. Hiervoor is het noodzakelijk dat verzekerden op de hoogte zijn van de maatregel en precies weten wat deze inhoudt. Wanneer verzekerden weinig van de regeling weten zal deze ook weinig invloed hebben op hun keuzes en daarmee op hun zorggebruik. Daarentegen kan onvoldoende kennis ook zorgen voor een onbedoeld effect van de regeling. Als verzekerden bijvoorbeeld denken dat ze voor alle vormen van zorg moeten betalen, kan het zijn dat ze zorg gaan vermijden of uitstellen.

De meeste verzekerden (96%) zeggen in oktober 2009 dat zij bekend zijn met het bestaan van het verplicht eigen risico (zie tabel 4.1). Daarbij geeft het merendeel van hen aan geïnformeerd te zijn door hun zorgverzekeraar. Ook via de krant, tijdschrift, radio en televisie zijn verzekerden geïnformeerd.

Uit tabel 4.2 blijkt dat zowel leeftijd als het geslacht van invloed is op de bekendheid met het verplicht eigen risico. Oudere verzekerden zeggen vaker dat ze onbekend zijn met het verplicht eigen risico dan jongere verzekerden. Vrouwen hebben vaker aangegeven onbekend te zijn met het verplicht eigen risico dan mannen. Tabel 4.2 laat verder zien dat er een verband is tussen gezondheid en kennis over het eigen risico. Verzekerden met goede of matige/slechte gezondheid zeggen vaker onbekend te zijn met het verplicht eigen risico dan verzekerden met een uitstekende gezondheid.

Zoals eerder is benoemd is het belangrijk om te weten of verzekerden voldoende kennis hebben over welke vormen van zorg onder het verplicht eigen risico vallen. We hebben de verzekerden gevraagd om aan te geven bij welke zorgvormen wel of geen verplicht eigen risico betaald dient te worden.

In totaal weet 6,3% van de verzekerden nauwkeurig welke zorgvormen meetellen voor het verplicht eigen risico. Deze verzekerden hebben de vraag voor ten minste elf van de twaalf zorgvormen goed beantwoord. Dat huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico valt is bij driekwart van de verzekerden (74%) bekend (tabel 4.3).

Aangezien de zorgvormen die onder het verplicht eigen risico gelijk zijn gebleven met de zorgvormen die vielen onder de no-claimregeling is er een vergelijking te maken van de kennis van verzekerden tussen de twee regelingen. In de eindexamen van de no-claimregeling uit 2007 (APE, 2007) is de kennis van verzekerden bevestigd aan de hand van zeven zorgvormen. Deze zeven zorgvormen zijn in tabel 4.3 aangegeven met een sterretje. Bij de no-claimregeling had 27% van de verzekerden maximaal één zorgvorm fout. Voor het verplicht eigen risico is naar dezelfde zorgvormen gekeken. Hieruit bleek dat nu 16% van de verzekerden maximaal één van de zeven geselecteerde zorgvormen fout heeft beantwoord.

Tabel 4.1 Bekendheid met eigen risico en informatiebron

	N	% ¹	% van totaal ²
Bent u bekend met het verplicht eigen risico? (N=1051)			
nee	45		4,3
ja	1006		95,7
Manier waarop mensen die bekend zijn met het verplicht eigen risico zijn geïnformeerd (meerdere antwoorden mogelijk) (N=987)			
via hun zorgverzekeraar	915	92,7	87,1
via een krant of tijdschrift	339	34,3	32,2
via radio of televisie	297	30,1	28,3
via de overheid	53	5,4	5,0
anders	29	2,9	2,8

¹ de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het aantal verzekerden dat antwoord heeft gegeven op de vraag op welke manier ze zijn geïnformeerd

² de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden dat de vragenlijst heeft ingevuld

Tabel 4.2 Multipele logistische regressie met betrekking tot verzekerden die niet van het bestaan van een verplicht eigen risico weten versus verzekerden die wel een van het bestaan van een verplicht eigen risico weten⁴

	% verzekerden bekend met eigen risico	exp(B)	95% betrouwbaar- heidsinterval	p-waarde
Leeftijd	n.v.t.*	0,96	(0,93-0,99)	<0,01
Inkomen	n.v.t.*	1,08	(0,97-1,19)	
Geslacht:				
man (referentie)	96,2			
vrouw	95,2	0,29	(0,12-0,69)	<0,01
Opleiding:				
laag (ref)	90,9			
midden	95,5	1,36	(0,56-3,30)	
hoog	97,9	1,29	(0,39-4,27)	
Gezondheid:				
uitstekend/zeer goed (ref)	96,3			
goed	95,4	0,18	(0,04-0,78)	<0,05
matig/slecht	95,1	0,19	(0,04-0,94)	<0,05
	95,7	866		
Totaal (N)				

* leeftijd en inkomen zijn als continue variabele meegenomen waardoor er geen percentage gegeven kan worden van verzekerden die onbekend zijn met het eigen risico

⁴ De uitkomsten van het model zijn afgezet tegen de referentie categorie 'niet bekend'. Daarom zegt de uitkomst iets over de kans dat een verzekerde 'wel bekend' is. De exponentiële B-coëfficiënt, oftewel de exp(B) zegt iets over de kans dat de verzekerde weet van het bestaan van het verplicht eigen risico. Een exp(B) waarde van 0 tot 1 geeft een negatief effect aan en een exp(B) waarde van 1 of hoger geeft een positief effect aan (De Vocht, 2007). Het 95% betrouwbaarheidsinterval van de exp(B) geeft aan hoe precies de schatting van de exp(B) is.

Tabel 4.3 Kennis van verzekerden over de zorgvormen waar het van het verplicht eigen risico voor geldt

	goede antwoord	aantal verzekerden met goede antwoord (N)	% verzekerden met goede antwoord	aantal missing
Huisartsenzorg* (N=1030) ¹	nee	757	73,5	26
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar* (N=1023) ¹	nee	717	70,1	33
Geneesmiddelen op recept* (N=1027) ¹	ja	706	68,7	29
Tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar (N=1020) ¹	nee	644	63,1	36
Griep prik voor risicogroepen (N=1028) ¹	nee	622	60,5	28
Specialistische zorg in het ziekenhuis* (N=1028) ¹	ja	554	54,0	28
Laboratoriumonderzoeken* (N=1021) ¹	ja	549	53,8	35
Huisartsenpost (N=1021) ¹	nee	540	52,9	35
Zittend ziekenvervoer* (N=1015) ¹	ja	485	47,8	41
Spoeisende eerste hulp in het ziekenhuis* (N=1027) ¹	ja	462	44,9	29
Verloskundige zorg (N=1016) ¹	nee	445	43,8	40
Kraamzorg (N=1015) ¹	nee	365	36,0	41
Maximaal één zorgvorm fout (N=1015) ¹	n.v.t.	64	6,3	
Maximaal één van de zeven zorgvormen met een * fout (N=1015) ¹	n.v.t.	166	16,4	

¹ aantal verzekerden die de vraag hebben beantwoord

4.2 Opvattingen over het verplicht eigen risico

Nu bekend is dat een meerderheid van de verzekerden bekend is met het bestaan van het verplicht eigen risico kan er gekeken worden naar de opvattingen over de regeling. Voor het uitvoeren van een overheidsmaatregel is het belangrijk dat er enig draagvlak is bij de verzekerden.

In oktober 2009 zijn naast de algemene bekendheid ook specifiekere stellingen voorgelegd over het verplicht eigen risico (zie tabel 4.4). Daaruit blijkt dat een groot deel van de verzekerden niet erg positief tegenover het verplicht eigen risico staat. De helft van de verzekerden (52%) is het niet eens met de stelling dat de invoering van het verplicht eigen risico een goede zaak is. Daarnaast geeft iets meer dan de helft van de verzekerden (55%) aan dat het onduidelijk is welke vormen van zorg onder het verplicht eigen risico vallen. Dit bleek ook uit de resultaten die in paragraaf 4.1 zijn beschreven. Verzekerden zijn verdeeld over de stelling dat 155 euro een goed bedrag is om mensen kritisch naar de zorg te laten kijken. Minder opvallend is dat 74% van de verzekerden de invoering van het verplicht eigen risico ziet als een bezuinigingsmaatregel van de overheid. Het verplicht eigen risico is immers ook ingevoerd om een financieringsverschuiving te bewerkstelligen. Door eigen betalingen wordt een deel van de zorg

gefinancierd door betaling van individuele verzekerden en daarmee worden de collectieve uitgaven verlaagd.

Tabel 4.4 Mening van verzekerden over het verplicht eigen risico

	(helemaal) mee oneens		niet mee oneens/ niet mee eens		(helemaal) mee eens	
	N	%	N	%	N	%
De invoering van het verplicht eigen risico is een goede zaak (N=1030)	537	52,1	210	20,4	283	27,5
Het is onduidelijk welke vormen van zorg onder het verplicht eigen risico vallen (N=1024)	238	23,2	221	21,6	565	55,2
Het verplicht eigen risico van 155 euro is een goed bedrag om mensen kritisch naar de zorg te laten kijken (N=1035)	450	43,5	243	23,5	342	33,0
De invoering van het verplicht eigen risico is een bezuinigingsmaatregel van de overheid (N=1035)	93	9,0	174	16,8	768	74,2

5 Een vrijwillig eigen risico

In dit hoofdstuk worden de resultaten voor de tweede onderzoeksvraag beantwoord. Het gaat hierbij om de keuze voor een vrijwillig eigen risico. Het hoofdstuk is onderverdeeld in twee paragrafen waarin wordt ingegaan op de hoogte van het vrijwillig eigen risico (5.1) en de redenen om al dan niet voor een vrijwillig eigen risico te kiezen (5.2).

5.1 Hoogte van een vrijwillig eigen risico

Uit tabel 5.1 blijkt dat weinig verzekerden (7%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dit blijkt in de afgelopen drie jaar redelijk constant te zijn. Uit onderzoek in voorgaande jaren bleek dat gemiddeld 5% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico koos (NZa, 2008; De Jong, 2008; APE, 2007).

Van het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico neemt ruim de helft een eigen risico dat niet hoger is dan 200 euro. Door 18% van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico is er voor een eigen risico van 500 euro gekozen.

Tabel 5.1 Verzekerden die wel of geen vrijwillig eigen risico*

	N	% ¹	% van totaal ²
Geen	974		93
Wel:	74	100	7
100 euro	35	47,8	3,3
200 euro	15	19,7	1,4
300 euro	9	12,1	0,9
400 euro	1	2,0	0,1
500 euro	14	18,4	1,3

* er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen het gebruik van een vrijwillig eigen risico door verzekerden en hun achtergrondkenmerken

¹ de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van de verzekerden met een vrijwillig eigen risico

² de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden dat de vragenlijst heeft ingevuld

5.2 Redenen om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen

Nu we weten of verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico is gevraagd naar de reden van deze keuze. Verzekerden die gekozen hebben voor een vrijwillig eigen risico benoemen een aantrekkelijke premiekorting (56%) en weinig gebruik van zorg (54%) als

de belangrijkste redenen voor deze keuze (zie tabel 5.2). Verzekerden zonder een vrijwillig eigen risico willen zich in het algemeen geen zorgen hoeven maken over de zorgkosten (58%). Daarnaast worden een te lage premiekorting op de zorgverzekering (29%) en het hebben van hoge medische kosten (25%) als redenen gegeven waarom niet voor een vrijwillig eigen risico is gekozen.

Tabel 5.2 Redenen om wel of niet te kiezen voor een vrijwillig eigen risico

	N	%
Reden keuze eigen risico¹ (N=74)		
premierekorting aantrekkelijk	41	55,7
maak weinig gebruik van zorg	40	53,8
in vroegere (particuliere) ziektekostenpolis ook een eigen risico	14	19,4
Reden keuze geen eigen risico¹ (N=964)		
wil me geen zorgen maken over zorgkosten	562	58,3
korting premie onvoldoende	276	28,6
meestal hoge medische kosten	238	24,7
geen aanbod zorgverzekeraar	96	9,9

¹ meerdere antwoorden zijn mogelijk. De antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van de verzekerden met dan wel zonder vrijwillig eigen risico

6 Effecten van eigen risico op zorggebruik

In het voorliggende hoofdstuk worden de resultaten voor de beantwoording van de derde onderzoeksvraag beschreven. Het hoofdstuk is onderverdeeld in een paragraaf waarin wordt ingegaan op het effect van een eigen risico op het zorggebruik in 2009 (paragraaf 6.1) en een paragraaf waarin de verwachtingen van verzekerden over het zorggebruik van anderen en zichzelf worden beschreven (paragraaf 6.2).

6.1 Zorggebruik in 2009

We hebben in dit onderzoek aan verzekerden gevraagd in hoeverre zij hun zorggebruik hebben verminderd omdat ze met het verplicht eigen risico een deel van de kosten zelf moesten betalen. Uit de resultaten blijkt dat verzekerden zich in hun zorggebruik beperkt hebben laten leiden door het verplicht eigen risico. Zo'n 5% van de verzekerden zegt in 2009 minder medische zorg te hebben gebruikt omdat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam (zie tabel 6.1).

Op de vraag op welke manier zij minder gebruik van zorg hebben gemaakt wordt minder vaak naar de huisarts het vaakst genoemd (tabel 6.2). Dit resultaat kan als opmerkelijk gezien worden. Huisartsenzorg telt namelijk niet mee voor het verplicht eigen risico. Een verklaring voor vermindering van het huisartsenbezoek ligt overigens niet in het feit dat verzekerden een vrijwillig eigen risico hebben waarvoor deze kosten meetellen. Slechts 3 van deze 36 verzekerden die zeggen minder vaak naar de huisarts te zijn gegaan heeft namelijk een vrijwillig eigen risico. Bovendien kunnen verzekeraars het beleid hanteren dat het vrijwillig eigen risico ook alleen geldt voor de zorg waar ook het verplicht eigen risico voor geldt. Andere manieren die worden benoemd om zorggebruik te verminderen zijn minder vaak naar de medisch specialist en minder vaak de huisarts vragen om medicijnen voor te schrijven. Dat deze verzekerden aangeven minder gebruik van de huisarts te maken zou kunnen komen door een gebrek aan kennis van de verzekerden. Van de 36 verzekerden die zeggen dat ze minder vaak naar de huisarts zijn gegaan denken 9 verzekerden (25%) dat deze zorg onder het verplicht eigen risico valt. Dit zou dus betekenen dat 75% van die verzekerden minder vaak naar de huisarts is gegaan terwijl ze zeggen te weten dat de huisartsenzorg niet onder het eigen risico valt. Hiermee wordt nogmaals bevestigd dat er onder verzekerden veel onduidelijkheid bestaat over de precieze inhoud van de regeling.

Tabel 6.1 Vermindering van medische zorg volgens verzekerden door het verplicht eigen risico*

	niet minder medische zorg gebruikt		wel minder medische zorg gebruikt	
	N	%	N	%
totaal (N=1047)	991	94,6	56	5,4

* er zijn geen statistisch significante verschillen gevonden tussen medisch zorggebruik van verzekerden en hun achtergrondkenmerken

Tabel 6.2 Manieren om zorggebruik te verminderen

	N=56	% ¹	% van totaal ²
minder vaak naar de huisarts	36	64,3	3,4
minder vaak naar de medisch specialist	17	30,4	1,6
minder vaak de huisarts gevraagd om medicijnen voor te schrijven	17	30,4	1,6
gebruik van zorg uitgesteld tot het nieuwe jaar	12	21,4	1,1
naar de huisarts in plaats van naar de eerste hulp of medisch specialist	5	8,9	0,5
de huisarts gevraagd om goedkopere medicijnen voor te schrijven	3	5,4	0,3

¹ de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van de verzekerden dat aangeeft minder zorg te hebben gebruikt

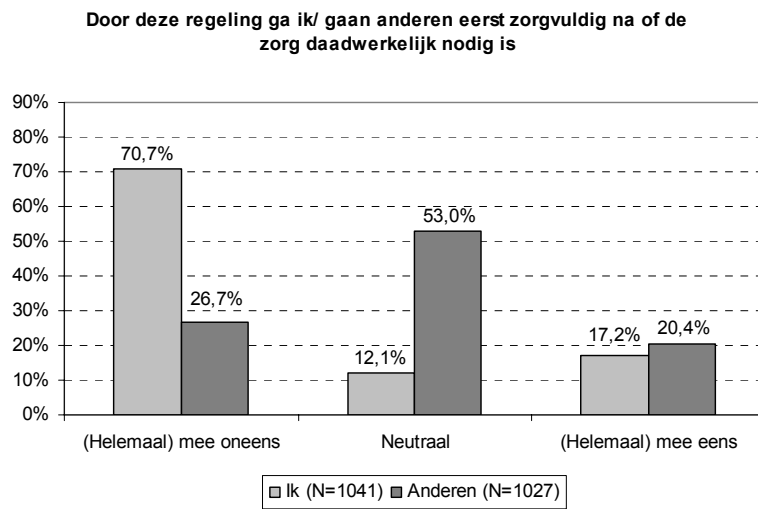
² de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden dat de vragenlijst heeft ingevuld

6.2 Verwachtingen over zorggebruik

Naast de inschatting van verzekerden of ze minder gebruik hebben gemaakt van de zorg hebben we aan de hand van drie stellingen ook gevraagd naar hun verwachtingen over het toekomstig zorggebruik.

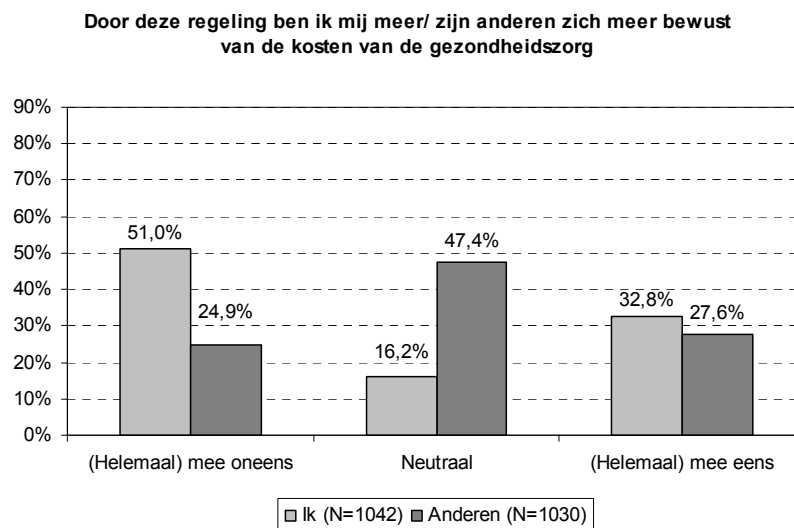
Uit de resultaten blijkt dat verzekerden over zichzelf anders denken dan over anderen. Daarbij lijken verzekerden positiever gesteld over hun eigen gedrag dan dat van anderen. Ten eerste wordt vaker van anderen verwacht dat ze minder gebruik van medische zorg gaan maken om geld te besparen (figuur 6.1). Deze resultaten zijn in lijn met de resultaten gepubliceerd in 2006 bij een onderzoek naar de no-claimregeling (De Jong et al., 2006). In dit artikel wordt als verklaring gegeven dat mensen van zichzelf denken dat ze alleen gebruik maken van medische zorg als dat noodzakelijk is, maar dat andere mensen minder zorgvuldig met het gebruik van zorg omgaan. Ten tweede denkt de helft van verzekerden (51%) niet dat zijzelf door deze regeling in grotere mate bewust worden van de kosten in de gezondheidszorg. In lijn met de gegeven verklaring zou dit kunnen betekenen dat deze verzekerden vinden dat zij al in grote mate bewust zijn van de kosten. Ten derde denken verzekerden dat deze regeling van het eigen risico eerder een belemmering voor het gebruik van noodzakelijke zorg zou vormen voor anderen (27%) dan voor zichzelf (8%).

Figuur 6.1 Verwachtingen over zorgvuldige afweging bij gebruik van zorg door het eigen risico

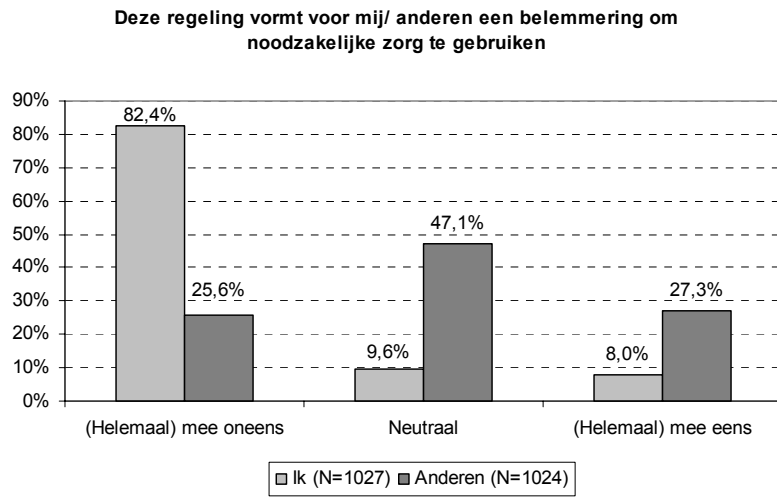


Over de drie stellingen valt op te merken dat verzekerden het lastig vinden om van anderen in te schatten hoe zij reageren op deze regeling. Dit is zowel te zien aan het hoge percentage neutraal bij vragen over de verwachtingen van het gedrag van anderen als bij de lagere aantallen verzekerden die antwoord gaven op vragen die betrekking hadden op anderen.

Figuur 6.2 Verwachtingen over bewustzijn van de kosten van de gezondheidszorg door het verplicht eigen risico



Figuur 6.3 Verwachtingen over ervaren belemmeringen om noodzakelijke zorg te gebruiken door het verplicht eigen risico



7 Keuzeondersteuning

In het voorliggende hoofdstuk worden de resultaten op de vierde onderzoeksvraag met betrekking tot sturing door zorgverzekeraars of keuzeondersteuning beantwoord. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verschillende mogelijkheden die een zorgverzekeraar heeft om verzekerden te sturen.

Zoals we in de inleiding en achtergrond van dit rapport hebben beschreven is de gedachte dat zorgverzekeraars het verplicht eigen risico kunnen inzetten als sturingsinstrument. Dit moet leiden tot doelmatige zorginkoop en keuzeondersteuning door zorgverzekeraars. De vraag is daarbij of de verzekerden openstaan voor de zorgverzekeraar die de rol inneemt als keuzeondersteuner. Of zorgverzekeraars de kritische rol van zorginkoper kunnen waarmaken en of verzekeraars keuzeondersteuning kunnen bieden aan verzekerden is mede afhankelijk van de keuze die de verzekerde uiteindelijk maakt voor een zorgaanbieder. Mede daarom is het van belang om te weten of verzekerden sturing vanuit de zorgverzekeraar accepteren.

Verzekerden staan niet direct negatief tegenover sturing door hun zorgverzekeraar. Dit hangt alleen wel af van de specifieke vorm van zorg (tabel 7.1). Zo staat 43% van de verzekerden er positief tegenover als hun zorgverzekeraar hen vraagt om een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan. Ook is 40% van de verzekerden bereid medicijnen te halen bij een andere apotheek in de buurt als hun zorgverzekeraar daar om zou vragen. Verzekerden staan vooral negatief tegenover sturing van hun zorgverzekeraar bij de keuze voor een huisarts (78%) en een tandarts (68%). Bij de fysiotherapeut ervaren minder verzekerden de sturing negatief (50%). Meer dan de helft van de verzekerden (55%) staat er positief tegenover als hun zorgverzekeraar zou vragen om preferente medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Een kwart van de verzekerden (25%) staat hier negatief tegenover.

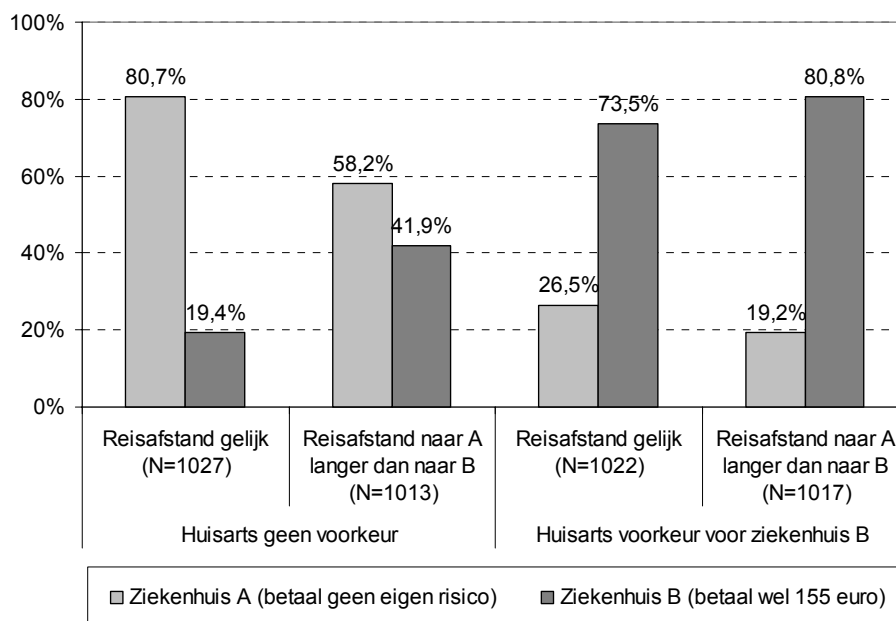
In dit onderzoek hebben we ook een viertal scenario's voorgelegd aan de verzekerden. Het ging om situaties waarbij de verzekerde naar het ziekenhuis moest voor een operatie. De zorgverzekeraar heeft voor deze operatie een voorkeursziekenhuis A geselecteerd waarvoor geen verplicht eigen risico van 155 euro geldt. Daarbij werd gesteld dat de verzekerde normaal gesproken ziekenhuis B bezoekt. In de vier scenario's zijn zowel de afstand naar het ziekenhuis als de voorkeur van de huisarts meegenomen (figuur 7.1). Uit eerder onderzoek blijkt namelijk dat de reistijd naar een zorgaanbieder een belangrijke rol speelt in de keuze voor een zorgaanbieder (NZa, 2007; Van der Schee et al., 2005). Daarnaast is het advies van de huisarts ook een belangrijke invloedsfactor bij de keuzes die verzekerden maken voor een zorgaanbieder (NZa, 2007; RVZ, 2007). De conclusie die getrokken mag worden uit figuur 7.1 is dat verzekerden zich in grote mate laten leiden door de voorkeur van de huisarts. Wanneer de huisarts geen voorkeur

heeft voor een ziekenhuis dan lijkt de keuze deels beïnvloed door vrijstelling van het verplicht eigen risico. Maar wanneer de huisarts wel een voorkeur heeft voor een bepaald ziekenhuis wordt de keuze van de verzekerden hier sterk door beïnvloed.

Tabel 7.1 Houding van verzekerden tegenover verschillende vormen van sturing van de zorgverzekeraar

Hoe zou u er tegenover staan als uw zorgverzekeraar u vraagt om...	(gedeeltelijk) negatief		neutraal		(gedeeltelijk) positief	
	N	%	N	%	N	%
.. (goedkopere) medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen met dezelfde werkzame stof (N=1042)	264	25,4	201	19,3	577	55,3
... een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan (N=1036)	313	30,2	279	27,0	444	42,9
... medicijnen te halen bij een andere apotheek in de buurt (N=1043)	391	37,5	230	22,1	422	40,4
... u in te schrijven bij een andere fysiotherapeut in de buurt (N=1044)	520	49,8	245	23,5	279	26,7
... u in te schrijven bij een andere tandarts in de buurt (N=1038)	706	68,0	168	16,2	164	15,8
... u in te schrijven bij een andere huisarts in de buurt (N=1045)	817	78,2	117	11,2	111	10,6

Figuur 7.1 Vier scenario's waarbij de verzekerden een ziekenhuis moeten kiezen voor een operatie



8 Beleidsvarianten

In het voorliggende hoofdstuk worden de resultaten op de laatste onderzoeksvraag beantwoord. In dit hoofdstuk gaan we in op beleidsvarianten van het verplicht eigen risico.

Het verplicht eigen risico in zijn huidige vorm heeft als nadeel dat bij dure zorgvormen zoals ziekenhuiszorg of specialistische hulp het maximum al snel wordt bereikt. Het eigen risico heeft dan geen remmend effect meer op de zorgconsumptie. Hier kunnen op meerdere manieren beleidsvarianten op bedacht worden. De varianten waar wij in dit onderzoek op ingaan zijn een mogelijke verhoging van het verplicht eigen risico en een verschoven eigen risico.

De eerste mogelijke beleidsvariant is de verhoging van het verplicht eigen risico. We hebben meerdere mogelijke verhogingen voorgelegd aan verzekerden waarbij zij konden aangeven of deze verhoging tot een belemmering zou leiden om noodzakelijke zorg te gebruiken.

Des te hoger het verplicht eigen risico des te meer verzekerden een belemmering ervaren voor zorggebruik (tabel 8.1). Bij een verplicht eigen risico van 155 tot en met 300 euro zou bijna eenderde van de verzekerden (30%) een belemmering ervaren om noodzakelijke zorg te gebruiken. Bij een verplicht eigen risico van 300 tot en met 550 euro is dit opgelopen tot iets meer dan de helft van de verzekerden (54%).

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

	verzekerden bij wie (waarschijnlijk) wel een belemmering ontstaat		
	N	% ²	missing
155 euro (N=974) ¹	80	8,2	82
155-300 euro (N=957) ¹	288	30,2	99
300-550 euro (N=939) ¹	509	54,3	117
550-750 euro (N=938) ¹	666	71,1	118
750-900 euro (N=922) ¹	707	76,8	134
meer dan 900 euro (N=941) ¹	746	79,5	115

¹ aantal verzekerden die de vraag hebben beantwoord

² de antwoorden zijn uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden die de vraag heeft beantwoord

Zoals ook in de achtergrond staat beschreven wordt het doel van het remgeldeffect bij de huidige vormgeving van het eigen risico nauwelijks bereikt. Dit heeft twee redenen. In de eerste plaats heeft het eigen risico in de huidige opzet nauwelijks of geen remgeldeffect voor chronisch zieken, en een beperkt remgeldeffect voor ouderen (Van de Ven et al., 2009). Bij chronisch zieken komen de uitgaven bijna altijd boven het eigen risico bedrag uit. In de tweede plaats kiezen maar weinig verzekerden voor een vrijwillig eigen risico. Een mogelijke beleidsvariant zou een verschoven eigen risico kunnen zijn (Van de Ven et al., 2009). Bij deze maatregel zou het eigen risico niet gelden voor de kosten vanaf 0 euro (oftewel aan de voet) maar zou het eigen risico pas gaan gelden wanneer de zorgkosten boven een bepaald bedrag komen. Uit onderzoek blijkt dat een verschoven eigen risico leidt tot zowel minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen, als tot een groter remgeldeffect dan het eigen risico dat begint bij 0 euro (Van Kleef et al., 2007). Bij de beleidsvariant die in dit onderzoek is bevraagd ging het om een verschoven eigen risico met een leeftijdsafhankelijk startpunt. Op basis van het onderzoek van Van Kleef (2007) zijn de leeftijdsgroepen ingedeeld op:

18-49 jaar 300 euro per jaar
 50-64 jaar 600 euro per jaar
 65-74 jaar 1.200 euro per jaar
 75 jaar en ouder 1.800 euro per jaar

Dus voor iemand tussen de 18 en 49 jaar gaat na 300 zorgkosten per jaar het verplicht eigen risico van 155 in en voor iemand die 75 jaar of ouder is gaat na 1.800 euro zorgkosten per jaar het verplicht eigen risico van 155 euro in.

De verzekerden hebben een soortgelijke uitleg gekregen van deze beleidsvariant alvorens zij een viertal stellingen kregen voorgelegd (tabel 8.2).

Tabel 8.2 Houding van verzekerden tegenover voorstel van verschoven eigen risico

	(helemaal) mee oneens		niet mee oneens/niet mee eens		(helemaal) mee eens	
	N	%	N	%	N	%
Een verschoven eigen risico kan ervoor zorgen dat mensen kritisch naar de zorg kijken (N=1026)	407	39,7	242	23,6	377	36,8
Deze regeling is onduidelijk (N=1023)	326	31,8	215	21	482	47,1
Een verschoven eigen risico vind ik rechtvaardiger dan het huidige systeem (N=1019)	472	46,3	210	20,6	337	33,1
Een verschoven eigen risico zou niet alleen op leeftijd moeten zijn gebaseerd maar ook op chronische aandoeningen die mensen hebben (N=1032)	296	28,7	122	11,8	614	59,5

Uit tabel 8.2 blijkt dat verzekerden verdeeld zijn over het verschoven eigen risico. Ruim eenderde (37%) van de verzekerden denkt dat het verschoven eigen risico ervoor kan zorgen dat mensen kritisch naar de zorg kijken terwijl 40% het hier (helemaal) mee oneens is. Bijna de helft van de verzekerden (47%) vindt deze regeling zoals hij in de vragenlijst is uitgelegd onduidelijk. Daarnaast vindt ook bijna de helft van de verzekerden (46%) dat het verschoven eigen risico niet rechtvaardiger is dan het huidige systeem. Meer dan de helft van de verzekerden (60%) vindt dat het verschoven eigen risico niet alleen gebaseerd moet zijn op leeftijd maar ook op chronische aandoeningen.

9 Samenvatting en conclusie

9.1 Samenvatting

Dit onderzoek is bedoeld om meer informatie vanuit het verzekerdenperspectief te krijgen over meerdere aspecten van het eigen risico in de zorg. Daarbij gaat om de kennis en mening over het eigen risico maar ook over het huidige en verwachte gedragseffect op zorggebruik. In deze paragraaf komen de belangrijkste bevindingen die betrekking hebben op de gestelde onderzoeksvragen uit dit onderzoek terug.

9.1.1 Bekendheid met en opvattingen over het verplicht eigen risico

De onderzoeksvraag die direct betrekking heeft op bekendheid en opvattingen luidde:

‘Is het verplicht eigen risico algemeen bekend en wat vinden verzekerden van deze regeling?’

De kennis van verzekerden over het verplicht eigen risico is globaal. Het overgrote deel van de verzekerden zegt op de hoogte te zijn van het bestaan van een verplicht eigen risico. Oudere verzekerden zeggen minder vaak dat ze bekend zijn met het verplicht eigen risico dan jongere verzekerden. Vrouwen hebben minder vaak aangegeven bekend te zijn met het verplicht eigen risico dan mannen. Verzekerden met een uitstekende gezondheid zeggen vaker bekend te zijn met het verplicht eigen risico dan verzekerden met een goede of matige/slechte gezondheid.

Verzekerden zijn op verschillende manier geïnformeerd over het verplicht eigen risico. Vooral de zorgverzekeraar, kranten, tijdschriften, radio en televisie zijn belangrijke informatie bronnen. Maar bij verzekerden bestaat onduidelijkheid over de precieze inhoud van de regeling. Wanneer per zorgvorm wordt gevraagd of het verplicht eigen risico hier voor geldt, antwoord gemiddeld genomen ongeveer de helft van de verzekerden correct. Dit percentage verschilt per zorgvorm: bij de huisartsenzorg is dit bijna 74% en bij spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis 45%. Ongeveer 16% van de verzekerden weet tamelijk nauwkeurig welke zorgvormen meetellen voor het verplicht eigen risico. Ten tijde van de no-claimregeling wist 27% van de verzekerden deze zorgvormen correct te beantwoorden (APE, 2007).

Naast de algemene bekendheid zijn er ook specifiekere stellingen voorgelegd over het verplicht eigen risico. Daaruit blijkt dat een groot deel van de verzekerden niet erg positief is over het verplicht eigen risico. Ongeveer de helft van de verzekerden (52%) vindt de invoering van het verplicht geen goede zaak. Daarnaast geeft de helft van de verzekerden (55%) aan dat het onduidelijk is welke vormen van zorg onder het verplicht

eigen risico vallen. De verzekerden zijn verdeeld over de stelling dat 155 euro een goed bedrag is om mensen kritisch naar de zorg te laten kijken.

9.1.2 Gebruik van vrijwillig eigen risico

De onderzoeksvraag die direct betrekking heeft op het gebruik van het vrijwillig eigen risico luidde:

‘Kiezen verzekerden voor een vrijwillig eigen risico?’

Uit dit onderzoek blijkt dat weinig verzekerden (7%) kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dat aantal is over de afgelopen drie jaar redelijk constant gebleven blijkt uit een vergelijking met het onderzoek van APE. In voorgaande jaren koos gemiddeld 5% van de verzekerden een vrijwillig eigen risico (NZa, 2008, De Jong, 2008; APE, 2007). Van het aantal verzekerden met een vrijwillig eigen risico neemt ruim de helft een eigen risico dat niet hoger is dan 200 euro.

Aantrekkelijke premiekorting en weinig gebruik maken van zorg worden als belangrijkste redenen gegeven om voor een vrijwillig eigen risico te kiezen. De belangrijkste reden van verzekerden om geen vrijwillig eigen risico te kiezen is dat ze zich geen zorgen willen maken over zorgkosten. Daarnaast worden ook onvoldoende premiekorting en het hebben van hoge medische kosten als redenen genoemd.

9.1.3 Effecten van eigen risico op zorggebruik

De onderzoeksvraag die in gaat op het zorggebruik was:

‘Welk effect heeft het eigen risico volgens verzekerden op hun zorggebruik?’

Het zorggebruik is in dit rapport op twee manieren bekeken. Namelijk het zorggebruik in 2009 en het verwachte zorggebruik van de verzekerden zelf en de verwachting over zorggebruik van anderen. Uit de resultaten over het zorggebruik van 2009 blijkt dat verzekerden zich in hun zorggebruik beperkt hebben laten leiden door het verplicht eigen risico. Ongeveer 5% van de verzekerden zegt in 2009 minder medische zorg te hebben gebruikt doordat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam. Van het totaal aantal verzekerden zegt 3,4% dat ze minder vaak naar de huisarts zijn gegaan. Andere manieren die worden genoemd om zorggebruik te verminderen zijn minder gebruik van medisch specialist en minder vaak aan de huisarts vragen om medicijnen voor te schrijven.

Uit de resultaten over het verwachte zorggebruik van anderen en de verzekerden zelf blijkt dat verzekerden positiever gesteld zijn over hun eigen gedrag dan over het gedrag van anderen.

Van anderen wordt verwacht dat zij minder gebruik van medische zorg gaan maken om geld te besparen. Men denkt dat de zorgvraag van anderen niet alleen noodzakelijke zorg

bevat. Ten tweede denkt de helft van de verzekerden niet dat zichzelf door deze regeling in grotere mate bewust zijn van de kosten. Ten derde denken verzekerden dat de regeling van het eigen risico eerder een belemmering voor anderen (27%) zou vormen om noodzakelijke zorg te gebruiken dan voor zichzelf (8%).

9.1.4 Keuzeondersteuning

De onderzoeksvraag die direct betrekking heeft op keuzeondersteuning luidde:

‘Hoe staan verzekerden er tegenover als het verplicht eigen risico door zorgverzekeraars wordt ingezet als sturingsinstrument?’

Verzekerden staan niet direct negatief tegenover kostenbesparende maatregelen van hun zorgverzekeraar door middel van sturing, dit hangt alleen wel af van de specifieke vorm van zorg. Zo worden verzekerden liever niet gestuurd bij de keuze voor een huisarts, tandarts of fysiotherapeut. Maar staan meer verzekerden er positiever tegenover als hun zorgverzekeraar hen vraagt om een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan. Ook staan verzekerden er niet bijzonder negatief tegenover als hun zorgverzekeraar zou vragen of ze bereid zijn om medicijnen af te halen bij een andere apotheek in de buurt. Iets meer dan de helft van de verzekerden staat er positief tegenover als hun zorgverzekeraar zou vragen om preferente medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen.

Ook hebben we verzekerden vier scenario's voorgelegd gekregen waarbij de verzekerde naar het ziekenhuis moest voor een operatie. De zorgverzekeraar had voor deze operatie een voorkeursziekenhuis A geselecteerd waarvoor geen verplicht eigen risico van 155 euro gold. Daarbij werd gesteld dat verzekerden normaal ziekenhuis B bezochten. In de vier scenario's zijn zowel de afstand naar het ziekenhuis als de voorkeur van de huisarts meegenomen. Uit de resultaten mag geconcludeerd worden dat verzekerden zich in grote mate laten leiden door de voorkeur van de huisarts. Wanneer de huisarts geen voorkeur had voor een ziekenhuis dan leek de keuze deels beïnvloed door de vrijstelling van het verplicht eigen risico.

9.1.5 Beleidsvarianten

De onderzoeksvraag die betrekking had op de beleidsvarianten luidde:

‘Hoe staan verzekerden tegenover eventuele beleidsvarianten van het verplicht eigen risico?’

Als beleidsvarianten zijn zowel de verhoging van het verplicht eigen risico als een verschoven verplicht eigen risico voorgelegd. Verzekerden konden aangeven of bij meerdere mogelijke verhogingen van het verplicht eigen risico of dit zou leiden tot een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken. Bij een verplicht eigen risico van 155

tot 300 euro zou bijna eenderde (30%) een belemmering ervaren en bij 300 tot en met 550 euro is dit opgelopen tot iets meer dan de helft (54%) van de verzekerden.

Verzekerden waren verdeeld over het verschoven eigen risico. De beleidsvariant is weliswaar ingeleid door middel van een uitleg maar de variant zit vrij ingewikkeld in elkaar. Ter controle hebben we gevraagd of de regeling onduidelijk was waarop 74% bevestigend antwoordde. Dit is niet verrassend aangezien de verzekerden waarschijnlijk nog nooit van dit idee hebben gehoord en in de vragenlijst slechts beperkte ruimte was om de variant toe te lichten. Desondanks zijn wij van mening dat de resultaten een richting aangeven waarin de verzekerden denken.

9.2 Conclusie

Het eigen risico is ingevoerd met het idee dat deze regeling verzekerden meer bewust zou maken van de kosten van zorg. Het eigen risico zou een remmend effect hebben op zorggebruik (een gedragseffect). Daarnaast zou de regeling zorgen voor een financieringsverschuiving.

In dit onderzoek hebben we gekeken naar het gedragseffect. Om een gedragseffect te laten optreden moeten verzekerden kennis hebben van de regeling en invloed uit kunnen oefenen op hun zorggebruik. Aan beide voorwaarden is niet volledig voldaan. De regeling geldt niet voor de zorg waar verzekerden de meeste invloed op uit kunnen oefenen: het gebruik van huisartsenzorg. Dit beperkt de werking van de maatregel aanzienlijk. Als verzekerden niet of slecht op de hoogte zijn van het verplicht eigen risico en de zorgvormen waarop deze regeling betrekking heeft, kan dit als consequentie hebben dat de beoogde effecten niet of slechts beperkt optreden. Door onvoldoende of verkeerde informatie zouden ook niet beoogde effecten kunnen optreden. Uit onze resultaten blijkt dat verzekerden wel op de hoogte zijn van het bestaan van de regeling verplicht eigen risico maar dat verzekerden over het algemeen een gebrekkige kennis hebben als het gaat om de vormgeving van het verplicht eigen risico. Verzekerden weten niet precies op welke zorgvormen het verplicht eigen risico betrekking heeft en welke zorgvormen buiten het verplicht eigen risico vallen. Als er een vergelijking wordt gemaakt met de resultaten van de evaluatie van de no-claimregeling (APE, 2007) dan blijkt dat verzekerden bij beide regelingen over weinig inhoudelijke kennis beschikken.

Een gebrek aan kennis hoeft niet per definitie te betekenen dat er geen gedragseffect optreedt. Als verzekerden ten onrechte denken dat een zorgvorm onder het verplicht eigen risico valt, dan kan dit bij verzekerden wellicht voor een onbedoelde drempel in het zorggebruik zorgen.

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Dat weinig verzekerden kiezen voor een vrijwillig eigen risico kan te maken hebben met de lage premiekorting die er tegenover staat. Verhoudingsgewijs zijn de premiekortingen lager dan in de vroegere particuliere ziektekostenverzekering (Van de Ven et al., 2009, Van Kleef, 2009). Op dit moment bedraagt de korting voor een vrijwillig eigen risico van 500 euro gemiddeld ruim 200 euro, terwijl dit vroeger vaak hoger was dan het eigen-risicobedrag. In de particuliere ziektekostenverzekering kon het verschil in kosten tussen gezonde en zieke mensen tot uitdrukking komen in de

premiëkorting, maar vanwege de risicoverevening kan dat nu niet meer. Het vereveningssysteem compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in zorgkosten tussen gezonde verzekerden en chronisch zieken (Van de Ven et al., 2009). Dit kan de lage premiëkorting verklaren. Over het algemeen kiezen juist gezonde verzekerden voor een vrijwillig eigen risico (Van de Ven et al., 2009). Immers, pas als de premiëkorting uitstijgt boven de verwachte eigen betaling is het voor verzekerden aantrekkelijk om te kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Daar komt bij dat het verzekeren als doel heeft het vermijden van wisselende zorgkosten (Kok en Houkes, 2009). Aangezien de meeste verzekerden risicomijdend zijn geven zij er de voorkeur aan om elke tijdperiode een vast bedrag te betalen in plaats van sterk wisselende kosten per tijdperiode. Verzekerden zullen bij voorkeur niet kiezen voor een vrijwillig eigen risico, omdat dit kan zorgen voor wisselende zorgkosten (Kok en Houkes, 2009). Gegeven deze breed gedragen economische aanname van risicoaversie concluderen wij dat het niet erg waarschijnlijk is dat, in de huidige situatie, het aandeel verzekerden dat kiest voor een vrijwillig eigen risico in de toekomst zal worden vergroot.

Een opvallend resultaat is dat verzekerden niet perse negatief staan tegenover sturing vanuit hun zorgverzekeraar. Verzekerden zijn daarbij positiever over sturing bij de keuze voor een ziekenhuis en apotheek en bij medicijngebruik dan over sturing bij de keuze voor een huisarts, tandarts en fysiotherapeut. Daarbij lijkt ook de aard van zorg als product mee te spelen. Zorg is een ervaringsgoed of zelfs een vertrouwensgoed. Verzekerden gaan vaak al jaren naar dezelfde huisarts of tandarts. Bij een ziekenhuis is er waarschijnlijk minder vaak sprake van een relatie, waardoor verzekerden er wellicht minder problemen mee hebben als hun zorgverzekeraar vraagt om naar een bepaald ziekenhuis te gaan. Hoewel opvattingen aangeven welke *intenties* tot gedrag verzekerden hebben bestaat er een wezenlijk verschil tussen opvattingen en werkelijk gedrag. Een kanttekening is dus op zijn plaats, deze resultaten geven namelijk alleen een beeld hoe verzekerden denken over sturing vanuit hun zorgverzekeraar. De resultaten zeggen niet dat verzekerden zich daadwerkelijk laten sturen. In overeenstemming met ander onderzoek (NZa, 2007; RVZ, 2007), komt uit dit onderzoek naar voren dat huisartsen een belangrijke rol spelen in de keuze van een verzekerde voor een zorgaanbieder.

Kunnen de resultaten van dit onderzoek gegeneraliseerd worden naar de algemene bevolking? Aangezien de verdeling van leeftijd en geslacht van de respondenten enigszins afwijkt van de verdeling van leeftijd en geslacht binnen de bevolking, hebben we de respondenten gewogen. De weging zorgt ervoor dat de samenstelling van de respondenten wat betreft leeftijd en geslacht gelijk is aan de samenstelling binnen de algemene bevolking in Nederland. Bij deze weging kregen ondervertegenwoordigde groepen een hoger gewicht dan oververtegenwoordigde groepen. In het rapport worden de gewogen resultaten gepresenteerd, omdat deze een beter beeld geven van de algemene bevolking in Nederland ('de verzekerden') dan de ongewogen percentages.

Uit dit onderzoek leiden we af dat er, volgens verzekerden, van een gedragseffect van het eigen risico zoals dat nu is vormgegeven nauwelijks sprake zal zijn. Dit geconstateerd hebbende komen twee vragen in ons op. Ten eerste; zou een verandering in de

vormgeving van het eigen risico het beoogde effect kunnen hebben? Ten tweede; is het eigen risico het beste middel om de gestelde doelen te bereiken?

Met betrekking tot het verandering van de vormgeving van het eigen risico zijn er verschillende mogelijkheden. Mogelijke aanpassingen zouden kunnen zijn:

- de huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico brengen;
- een verschoven eigen risico waarbij het eigen risico niet geldt voor kosten vanaf 0 euro (oftewel aan de voet) maar pas wanneer de zorgkosten boven een bepaald bedrag komen;
- een verhoging van het verplicht eigen risico.

Het wel of niet opnemen van huisartsenzorg in het verplicht eigen risico is vaak bediscussieerd. Een argument dat pleit voor de opname van huisartsenzorg in het verplicht eigen risico is dat een prijsprikkel vooral invloed heeft op het gebruik van eerstelijnszorg. Verzekerden kunnen namelijk zelf de beslissing nemen of ze wel of niet naar de huisarts gaan. De keuze voor vervolgbezoeken wordt meestal door de huisarts gemaakt. Maar het opnemen van de huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico kan verzekerden er van weerhouden om naar de huisarts te gaan terwijl dat vanuit gezondheidsperspectief eigenlijk wenselijk is. Dit uitstel- of afstelgedrag kan op de lange termijn tot hogere zorgkosten leiden doordat aandoeningen verslechteren.

Het idee achter de tweede beleidsvariant, een verschoven eigen risico, is dat het remgeldeffect zou moeten gelden op de grens tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg. Het gaat hierbij om het gebruik van die zorg waar verzekerden zelf invloed op kunnen uitoefenen zonder dat het ten koste gaat van de gezondheid. Voor iedereen die boven het eigen risico bedrag uitkomt is er geen remgeldeffect meer. Een verschoven eigen risico, dat niet begint bij 0 euro, zou daarom verzekerden wel een prikkel kunnen geven om naar hun zorggebruik te kijken. Uit onderzoek blijkt dat een verschoven eigen risico leidt tot zowel minder eigen betalingen voor chronisch zieken en ouderen, als tot een groter remgeldeffect dan bij het huidige eigen risico (Van Kleef et al., 2007). Een mogelijk nadeel van deze beleidsvariant is dat het een ingewikkelde regeling betreft. Wanneer het verschoven eigen risico zou worden ingevoerd dan is duidelijke en begrijpelijke informatievoorziening naar verzekerden een belangrijke voorwaarde.

De derde beleidsvariant is een verhoging van het verplicht eigen risico. Verzekerden geven in dit onderzoek aan dat ze bij verhoging van het verplicht eigen risico inderdaad een belemmering ervaren om noodzakelijke zorg te gaan gebruiken. Uit onderzoek blijkt dat lagere inkomens gevoeliger zijn voor eigen betalingen dan hogere inkomens (Newhouse, 1993). Mensen met een laag inkomen kiezen er eerder voor geen gebruik te maken van zorg als gevolg van een eigen betaling, dan mensen met een hoger inkomen. Uit ander onderzoek naar de gevolgen van verhoging van eigen betalingen onder ouderen blijkt dat de zorgkosten van mensen met een chronische ziekte stijgen als de eigen bijdrage toeneemt (Chandra et al., 2007). Doordat deze mensen minder naar de arts gingen en minder medicijnen gingen gebruiken werden ze vaker in het ziekenhuis opgenomen, waardoor de besparing voor een groot deel teniet werd gedaan (Chandra et al., 2007; Kok en Houkes; 2009). Daaruit concluderen Kok en Houkes dat een hoge eigen bijdrage voor mensen met een laag inkomen en een chronische ziekte per saldo nauwelijks tot lagere zorgkosten zal leiden (Kok en Houkes, 2009).

Ten tweede is het een vraag of het eigen risico het beste middel is om de gestelde doelen te bereiken. Doel van het verplicht eigen risico is verzekerden meer bewust te maken van de kosten van zorg en daarbij te zorgen voor een remmend effect op zorggebruik. Daarnaast moet de regeling zorgen voor een financieringsverschuiving. Het verplicht eigen risico levert altijd een financieringsverschuiving op aangezien de verantwoordelijkheid voor de kosten door eigen betalingen voor een deel bij de verzekerden wordt gelegd. De resultaten van dit onderzoek lijken in de richting te wijzen dat het eerste doel, namelijk het gedragseffect, nauwelijks wordt bereikt. De helft van de verzekerden geeft aan zelf door het verplicht eigen risico niet in grotere mate bewust te zijn van de kosten in de gezondheidszorg. Daar komt nog bij dat het verplicht eigen risico voor chronisch zieken nauwelijks of geen remmend effect op hun zorggebruik heeft en een beperkt remmend effect op het zorggebruik door ouderen. Een cruciaal punt bij de gedachte van een remgeldeffect is dat verzekerden een inschatting moeten kunnen maken in het onderscheid tussen niet noodzakelijke en noodzakelijke zorg. Het is maar de vraag in hoeverre deze inschatting door verzekerden zelf gemaakt kan worden. Dit alles overziend kan afgevraagd worden of het eigen risico het beste middel is om de gestelde doelen te bereiken.

Literatuur

- Baarsma B, Damme E van, Dijk T van, Ottervanger T, VerLoren van Themaat W. Eindrapport Commissie verticale integratie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Den Haag: 29 mei 2009
- Centraal Plan Bureau. *De invoering van een no-claimteruggaveregeling in de ZFW*. Den Haag: CPB, 31 maart 2004
- Centraal Plan Bureau. *Indicatie van effecten Financieel Kader 2008-2011, 7 februari 2007*. CPB Notitie. Den Haag: CPB, 2007
- Centraal Plan Bureau. *Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw*. CPB Notitie. Den Haag: CPB, 2008
- Chandra A, Gruber J, Mc Knight R. *Patient cost-sharing, hospitalizations offsets, and the design of optimal health insurance for the elderly*. NBER. Werkdocument nr. 12972. Cambridge Mass: NBER, 2007
- Dierendonck D van, Sixma H, Groenewegen PP. De opgebrande huisarts. 'Burnout' bij huisartsen: onderzoek NIVEL samengevat. *Med Contact*, 1992; 47:331-6
- Goudriaan R, Bartelings H, Thio V, Snijders RWDJ. *Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I. Kernrapport van de eerste fase*. Den Haag: APE, 2006
- Goudriaan R, Lalloesingh RRR, Vemer P. *Eindevaluatie van de no-claimteruggaveregeling*. Den Haag: APE, 2007
- Jong JD de, Verheij RA, Groenewegen PP. No-claimregeling werkt niet: vooral anderen zouden onnodige zorg gebruiken. *Med Contact*, 2006; 61(29/30):1204-5
- Jong JD de. *Wisselen van zorgverzekeraar*. Utrecht: NIVEL, 2008
- Kleef RC van. *Voluntary Deductibles and Risk Equalization: a complex interaction*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 2008
- Kleef R van, Ven W van de, Vliet R van. Een effectiever eigen risico in de zorg. *Econ Statistische Berichten*, 2007; 92:459-61
- Kok L, Houkes A. Inkomensafhankelijk eigen risico remt zorgkosten. *Econ Statistische Berichten*, 2009; 94(4555):138-40
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Eigen betalingen in perspectief. Beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk*. Den Haag: Ministerie VWS, 2002
- Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. *Free for all?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1993

- Nederlandse Zorgautoriteit. *Richting geven aan keuzes*. Utrecht: NZa, 2007
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor eigen risico: eerste rapportage*. Utrecht: NZa, 2008
- Nederlandse Zorgautoriteit. *Monitor eigen risico 2008: tweede rapportage*. Utrecht: NZa, 2009
- ormatie over het panel*. Utrecht: NIVEL, 2009
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Goed patiëntschap. Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt*. Den Haag: RVZ, 2007
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Met het oog op gepaste zorg achtergrondstudie uitgebracht bij het advies Gepaste zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2004
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Geest L van der. Nyfer: *Economische effecten van de premiestructuur in de zorg*. Den Haag: RVZ, 2008
- Reitsma-van Rooijen PM, Jong de JD. *ConsumentenPanel Gezondheidszorg: basisrapport met inf*Schee E van der, Delnoij D, Kerssens J. *Keuze van ziekenhuizen: welke overwegingen zijn belangrijk voor consumenten?* TSG, 2005; 83(2):113-5
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. *Data en feiten 2008*. Den Haag: SFK, 2008
- Ven WPMM van de, Schut FT, Hermans HEGM, Jong JD de, Maat M van der, et al. *Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag*. Den Haag: ZonMW, 2009
- Vocht A de. *Basishandboek SPSS 14: statistiek met SPSS 14*. Utrecht: Bijleveld Press, 2007
- Westerhout E, Folmer, K. *Co-payment systems in health care between moral hazard and risk reduction*. Den Haag: Centraal Plan Bureau, 2007
- Wijnbergen S van, Schippers E. *Verzekeraars horen niet in ziekenhuizen*. NRC Handelsblad, 2009: 2 februari
- Zuidgeest M, Hendriks M, Spreeuwenberg P, Rademakers J. *Gebruikswaarde van de CQ-index. Deelrapport 1: methoden van dataverzameling bij CQI onderzoek*. Utrecht: NIVEL, 2008

Bijlage Vragen over eigen risico

Deze vragen zijn afkomstig uit de vragenlijst die in oktober 2009 is verspreid onder de CoPa-leden.

Verplicht Eigen Risico

Sinds 1 januari 2008 geldt voor alle verzekerden een verplicht eigen risico. In 2009 is het verplicht eigen risico vastgesteld op 155 euro. Als u in 2009 gebruik van medische zorg maakt, zult u de eerste medische kosten tot 155 euro zelf moeten betalen. Naast het verplicht eigen risico kunnen verzekerden kiezen voor een 'vrijwillig eigen risico'. Deze kan variëren van 100 euro tot maximaal 500 euro en komt bovenop het verplicht eigen risico. Nu volgen enkele vragen over zowel het verplicht eigen risico als het vrijwillig eigen risico.

- 11 Bent u bekend met het verplicht eigen risico?
- Nee → *ga door naar vraag 13*
 - Ja
- 12 Hoe bent u geïnformeerd over het verplicht eigen risico? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Via mijn zorgverzekeraar
 - Via een krant of tijdschrift
 - Via radio of televisie
 - Via het ministerie
 - Anders, namelijk
- 13 Heeft u een vrijwillig eigen risico bovenop uw verplicht eigen risico van 155 euro?
- Nee → *ga door naar vraag 15*
 - Ja, namelijk:
 - 100 euro
 - 200 euro
 - 300 euro
 - 400 euro
 - 500 euro
- 14 Waarom heeft u gekozen voor een vrijwillig eigen risico? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Ik vind de premiekorting aantrekkelijk
 - Ik ben gezond en maak weinig gebruik van de gezondheidszorg
 - In mijn vroegere (particuliere) ziektekostenpolis had ik ook een eigen risico
 - Anders, namelijk
- *ga door naar vraag 16*

- 15 Waarom heeft u geen vrijwillig eigen risico genomen? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Ik vind de korting op de premie onvoldoende
 - Ik heb meestal hoge medische kosten
 - Ik wil me geen zorgen maken over de kosten als ik naar de dokter moet
 - Mijn zorgverzekeraar heeft me geen aanbod gedaan
 - Anders, namelijk
- 16 Heeft u in 2009 minder gebruik gemaakt van medische zorg, omdat een deel van de kosten voor uw eigen rekening kwam?
- Nee → *ga door naar vraag 18*
 - Ja
- 17 Op welke manier heeft u in 2009 minder gebruik gemaakt van medische zorg? (*meerdere antwoorden mogelijk*)
- Minder vaak naar de huisarts
 - Minder vaak naar de medisch specialist
 - Minder vaak de huisarts gevraagd om medicijnen voor te schrijven
 - De huisarts gevraagd om goedkopere medicijnen voor te schrijven
 - Gebruik van zorg uitgesteld tot het nieuwe jaar
 - Anders, namelijk

18 Wat is uw mening over de volgende stellingen over het verplicht eigen risico?

	<i>helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>helemaal mee eens</i>
a De invoering van het verplicht eigen risico is een goede zaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Het is onduidelijk welke vormen van zorg onder het verplicht eigen risico vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c De invoering van het verplicht eigen risico is een bezuinigingsmaatregel van de overheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Het verplicht eigen risico van 155 euro is een goed bedrag om mensen kritisch naar de zorg te laten kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 19 In de volgende stellingen wordt gevraagd of het verplicht eigen risico al dan niet invloed heeft op zorggebruik. In hoeverre bent u het eens met de onderstaande stellingen?

	<i>helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>helemaal mee eens</i>
a Door deze regeling ga ik eerst zorgvuldig na of ik daadwerkelijk zorg nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Door deze regeling ben ik mij meer bewust van de kosten van de gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Deze regeling vormt voor mij een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Door deze regeling gaan anderen eerst zorgvuldig na of ze daadwerkelijk zorg nodig hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Door deze regeling zijn anderen zich meer bewust van de kosten van de gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Deze regeling vormt voor anderen een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 20 Een verplicht eigen risico van 155 euro betekent dat u de eerste 155 euro die u medische zorg maakt zelf moet betalen. Stel dat de hoogte van het verplicht eigen risico verandert. Dat betekent dat het bedrag dat u zelf moet betalen als u gebruik maakt van medische zorg verandert. Zou u per bedrag willen aangeven in hoeverre de regeling voor u een belemmering zou vormen om zorg te gebruiken?

Er ontstaat voor mij een belemmering om noodzakelijke zorg te gebruiken als het verplicht eigen risico ...

	<i>geen</i>	<i>waarschijnlijk geen</i>	<i>waarschijnlijk wel</i>	<i>wel</i>
a ... 155 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ... 155-300 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ... 300-550 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ... 550-750 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e ... 750-900 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f ... meer dan 900 euro is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 21 Stel de regering verandert het systeem van het verplicht eigen risico in een *verschoven* verplicht eigen risico. Voor iedereen blijft het verplicht eigen risico 155 euro, maar dit verplicht eigen risico gaat pas gelden wanneer de zorgkosten boven een bepaald bedrag komen. Dit bedrag is niet voor iedereen hetzelfde. Er kan voor gekozen worden om dit bedrag per leeftijdsgroep vast te stellen. Hieronder laten we een voorbeeld van deze regeling zien.

18 – 49 jaar: 300 euro per jaar
 50 – 64 jaar: 600 euro per jaar
 65 – 74 jaar: 1.200 euro per jaar
 75 jaar en ouder: 1.800 euro

Dus voor iemand tussen de 18 en 49 jaar gaat na 300 euro zorgkosten per jaar het verplicht eigen risico van 155 euro in en voor iemand die 75 jaar of ouder is gaat na 1.800 euro zorgkosten per jaar het verplicht eigen risico van 155 euro in.

Wat is bij deze regeling uw mening op de volgende stellingen?

	<i>helemaal mee oneens</i>	<i>mee oneens</i>	<i>niet mee oneens/ niet mee eens</i>	<i>mee eens</i>	<i>helemaal mee eens</i>
a Een <i>verschoven</i> eigen risico kan ervoor zorgen dat mensen kritisch naar de zorg kijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Deze regeling is onduidelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Een <i>verschoven</i> eigen risico vind ik rechtvaardiger dan het huidige systeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Een <i>verschoven</i> eigen risico zou niet alleen op leeftijd moeten zijn gebaseerd maar ook op chronische aandoeningen die mensen hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22 Hieronder staan verschillende vormen van zorg. Wilt u aangeven of u denkt dat het verplicht eigen risico hiervoor geldt?

Ik denk dat het verplicht eigen risico geldt voor:

	<i>ja</i>	<i>nee</i>	<i>weet ik niet</i>
a Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Huisartsenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Huisartsenpost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Zittend ziekenvervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Geneesmiddelen op recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Verloskundige zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Laboratoriumonderzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Griep prik voor risicogroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k Specialistische zorg in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l Spoedeisende eerste hulp in het ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 23 Vanaf 1 januari 2009 hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om het eigen risico niet in rekening te brengen als u naar een zorgverlener gaat die door uw zorgverzekeraar is geselecteerd of als u een door uw zorgverzekeraar geselecteerd geneesmiddel gebruikt voor uw aandoening.

Hieronder volgt een aantal situaties waarin uw zorgverzekeraar aan u voorstelt om naar een voorkeurszorgverlener te gaan of een voorkeursgeneesmiddel te gebruiken. In ruil daarvoor wordt het verplicht eigen risico van 155 euro kwijtgescholden. U hoeft als u op het voorstel van de zorgverzekeraar ingaat dus geen eigen risico te betalen.

Hoe zou u er tegenover staan als uw zorgverzekeraar u vraagt om ...

	<i>negatief</i>	<i>gedeeltelijk negatief</i>	<i>neutraal</i>	<i>gedeeltelijk positief</i>	<i>positief</i>
a ... een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ... medicijnen te halen bij een andere apotheek in de buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ... (goedkopere) medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen met dezelfde werkzame stof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ... u in te schrijven bij een andere fysiotherapeut in de buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e ... u in te schrijven bij een andere tandarts in de buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f ... u in te schrijven bij een andere huisarts in de buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 24 Stel u voor, u moet naar het ziekenhuis voor een operatie. Uw verzekeraar heeft voor deze operatie een voorkeursziekenhuis A geselecteerd waarvoor geen verplicht eigen risico van 155 euro geldt. Normaal gesproken gaat u naar ziekenhuis B. Als u naar ziekenhuis A gaat betaalt u dus geen 155 euro eigen risico, als u naar ziekenhuis B gaat betaalt u dus wel 155 euro eigen risico.

Welk ziekenhuis kiest u als ...

	<i>ik ga naar ziekenhuis A en betaal GEEN 155 euro</i>	<i>ik ga naar ziekenhuis B en betaal WEL 155 euro</i>
a ... uw huisarts (of andere verwijzer) geen voorkeur heeft voor een van beide ziekenhuizen en de reisafstand naar beide ziekenhuizen ongeveer gelijk is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ... uw huisarts (of andere verwijzer) geen voorkeur heeft voor een van beide ziekenhuizen en de reisafstand naar ziekenhuis A langer is dan naar ziekenhuis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ... uw huisarts (of andere verwijzer) een voorkeur heeft voor ziekenhuis B en de reisafstand naar beide ziekenhuizen ongeveer gelijk is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ... uw huisarts (of andere verwijzer) een voorkeur heeft voor ziekenhuis B en de reisafstand naar ziekenhuis A langer is dan naar ziekenhuis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>