**Eigen bijdrage voor huisartsbezoek**

*Een onderzoek naar de effecten op zorggebruik en gezondheid*

Bas Wisman (333365)

Bachelorscriptie Economie en Bedrijfseconomie

Erasmus Universiteit Rotterdam

Scriptiebegeleider: dr. Josse Delfgaauw

Rotterdam, 2 september 2013

De kosten van de gezondheidszorg nemen een steeds groter deel van het nationaal inkomen in beslag. Om te voorkomen dat deze trend zich doorzet zijn aanpassingen van het zorgbeleid nodig. Een eigen bijdrage voor de huisarts is een optie. Dit kan huisartszorg efficiënter maken als patiënten kosten en baten beter afwegen. Momenteel heeft het overgrote deel van de bevolking meerdere keren per jaar contact met de huisarts, meestal door middel van een bezoek van de patiënt. In dit onderzoek zijn effecten van eigen betalingen voor huisartsbezoek geanalyseerd aan de hand van literatuuranalyse. Onderzoeken in diverse landen tonen aan dat eigen bijdragen voor medicatie het medicijngebruik vermindert. Het effect is groter voor lagere inkomens. Eigen bijdragen voor medicatie hebben ook invloed op frequentie van doktersbezoek en medische ingrepen in ziekenhuizen, soms ook op gezondheid. Voor huisartsbezoek lijkt het effect op zorggebruik relatief sterk. Nederlandse enquêtes bevestigen dit beeld. Vaak hangt het effect af van inkomen en opleiding in plaats van ernst van de klacht. Voor doktersbezoek lijkt er in het buitenland soms effect te zijn. Eigen bijdrage voor verzekerden vermindert zorgvragen, de mate verschilt duidelijk per zorgdienst. Het effect is groter voor lagere inkomens qua afname van zorgvraag en naar het lijkt ook voor gezondheidsrisico’s. In België bestaat een eigen bijdrage en lijkt deze over het algemeen weinig effect te hebben op de frequentie van huisartsbezoek, hoewel patiënten met zowel weinig vertrouwen in de zorg als weinig geld huisartsbezoek mogelijk wel beperken.

1. **Introductie**

Vanwege de stijgende kosten in de gezondheidszorg zijn er in ieder geval maatregelen nodig als men wil voorkomen dat de zorgkosten een steeds groter deel van het nationaal inkomen gaan vormen. In 1972 ging acht procent van het nationaal inkomen in Nederland op aan zorg, nu is dat dertien procent, ruim anderhalf keer zoveel. In 2040 zal dit 22 procent zijn als deze trend zich voortzet (Van der Horst et al, 2011). Afhankelijk van onder andere de levensverwachting en de technologische verandering en het zorgbeleid kunnen de zorguitgaven meer of minder groeien de komende jaren. Om de groei beperkt te houden, kan dus het zorgbeleid aangepast worden.

Een van de mogelijke aanpassingen aan het huidige zorgbeleid is een invoering van een eigen bijdrage voor de huisarts. In dit paper zullen de effecten van deze maatregel onderzocht worden. De afgelopen jaren wordt in Nederland regelmatig door politici gesproken over een eigen bijdrage voor de huisarts. Zo is er in 2012 ambtelijk onderzoek laten doen door het kabinet naar de effecten van deze maatregel (Volkskrant, 2012) en wilde enkele jaren geleden ook D66 de effecten in kaart laten brengen (Langelaar, 2011).

Er zijn verschillende varianten van deze maatregel denkbaar. Er kan een vast percentage van de huisartskosten gevraagd worden onafhankelijk van het eigen huisartsbezoek, of een vast bedrag per jaar. In deze gevallen is er echter geen prikkel om de kosten van de huisartszorg mee te wegen in de beslissing om de huisarts al dan niet te bezoeken. De kosten zijn dan ‘sunk costs’ en moeten sowieso betaald worden, ongeacht de frequentie van het bezoek. Daarom richt dit onderzoek zich op de effecten van een eigen bijdrage in de vorm van een vast bedrag per huisartsbezoek.

Een eigen bijdrage van de huisarts kan verschillende effecten teweegbrengen. Het kan gevolgen hebben voor de frequentie van het huisartsbezoek en voor de kosten van de huisartszorg en de zorg in totaal. De mogelijke effecten van deze maatregel zullen in kaart worden gebracht in deze scriptie en gekeken zal worden of deze gestaafd kunnen worden door wetenschappelijk onderzoek.

De onderzoeksvraag is als volgt: *wat zijn de effecten van een eigen bijdrage voor huisartsbezoek?*

Hieronder zal omschreven worden wat de opbouw van het onderzoek is. Het is van belang te analyseren of de frequentie van het huisartsbezoek verandert. Een financiële drempel zou ertoe kunnen leiden dat men huisartsbezoeken eerder afstelt. Als de frequentie van het huisartsbezoek af zou nemen, is het de vraag is of dit een probleem is. Dat is afhankelijk van het type klachten waar men mee thuis blijft. Als patiënten met behandelbare klachten huisartsbezoek uitstellen of afstellen, kan dit problemen veroorzaken voor patiënten en voor de gezondheidszorg. Als patiënten thuis blijven met niet-behandelbare klachten vanwege de financiële drempel, kan dit kosten besparen op de huisartszorg en kan de huisarts zich richten op de noodzakelijke zorgvragen.

Het is dus van belang welk type klachten afneemt bij een eigen bijdrage. In dit onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen behandelbare klachten en niet-behandelbare klachten. Behandelbare klachten zijn zorgbehoeften waaraan voldaan moet en kan worden, door de huisarts of door een verwijzing van de huisarts naar een specialist of ziekenhuis. Niet-behandelbare klachten zijn klachten die niet behandeld hoeven of kunnen worden, omdat ze niet belangrijk genoeg zijn voor een behandeling of omdat er geen behandeling voor is. Idealiter blijven mensen met behandelbare klachten net zoveel naar de huisarts gaan als zij nu doen, ondanks de financiële drempel, en blijven mensen met niet-behandelbare klachten eerder thuis vanwege de financiële drempel. Dit onderzoek zal een indicatie geven of daar sprake van is, en of de effecten groter zijn voor lage inkomens. Zo kan een inschatting gegeven worden of de maatregel wenselijk is.

In sectie twee zal ik een beschrijving geven van de manier waarop de huisartszorg momenteel georganiseerd is in Nederland. In sectie drie worden theoretische voordelen en nadelen van een eigen bijdrage voor huisartsbezoek naar voren gebracht. Deze zullen onderbouwd of ontkracht worden aan de hand van literatuuranalyse. Ook zal een enquête gehouden onder zorggebruikers aan bod komen, die een inschatting geeft over welke effecten verschillende groepen in de samenleving verwachten. In sectie vier wordt een vergelijking gemaakt tussen de huisartszorg in Nederland en België. Dit is met name relevant omdat in België al een eigen bijdrage gevraagd wordt voor de huisarts. De effecten hiervan voor verschillende groeperingen in België, zoals hoge en lage inkomens, zullen onder de loep worden genomen.

1. **Huisartszorg in Nederland**

Voordat gekeken wordt naar de effecten van een eigen bijdrage, zal een beschrijving gegeven worden van het huisartsbezoek van de afgelopen jaren. Het percentage van personen dat in een jaar tijd contact had met de huisarts, ligt rond 75 procent in de periode 2001-2009. Het aantal contacten per persoon in de gehele bevolking is ongeveer vier per jaar. Hierin is ook het kwart van de bevolking meegeteld dat in het betreffende jaar geen contact met de huisarts heeft gehad. Deze mensen halen het gemiddelde aantal contacten een stuk naar beneden. Als alleen wordt gekeken naar de groep mensen die minimaal een keer gaat, is het contact gemiddeld 5 tot 5,5 keer per jaar (CBS, 2010). In het grootste deel van de gevallen was het contact bij de huisarts thuis (80 tot 85 procent), af en toe telefonisch (11-12 procent) en voor 4-5 procent bij de patiënt thuis. (CBS, 2010).

Het aantal doorverwijzingen naar de specialist lijkt licht te stijgen. In de eerdere jaren is dit ongeveer 9-10 procent, daarna 11-12 procent (CBS, 2010). Tabellen van deze cijfers zijn weergegeven in de appendix.

Met deze huisartscontacten wordt een groot deel van de zorgvragen, namelijk 96 procent, door de huisarts zelf afgehandeld. Hiervoor is dus geen doorverwijzing nodig naar een andere zorgverlener (Smit, 2013). De Nederlandse huisarts is daarom een zogenoemde poortwachter. Doordat vele klachten door de huisarts afgehandeld kunnen worden, kan verdere zorgverlening door specialisten of ziekenhuizen vermeden worden.

1. **Theoretische voor- en nadelen**

Door een eigen bijdrage voor huisartsbezoek wegen mensen mogelijk naast de baten meer de kosten mee bij hun beslissing. Momenteel hebben huisartsbezoekers alleen mogelijk voordeel van het bezoek, aangezien een bezoek gratis is. Dit kan onverschilligheid creëren over de kosten. Dit is een voorbeeld van ‘moral hazard’. Als men bijvoorbeeld verzekerd is tegen een bepaald risico, worden de kosten afgewenteld op de samenleving. De voordelen van dat risicovolle of ongewenste gedrag zijn voor het individu zelf. Daardoor kan de neiging ontstaan voor het individu dat risico te verwaarlozen. Dit leidt bij individuen die goed geïnformeerd zijn over de baten en kosten voor henzelf, tot verkeerde acties (Rosen en Gayer, 2010). Het opwerpen van een financiële drempel zou mogelijk dit type klachten kunnen verminderen.

Daarnaast wordt het kostenbewustzijn van zorg in het algemeen groter door patiënten een deel van de kosten zelf te laten betalen. De kosten van huisartszorg worden transparanter en men staat door het betalen van een eigen bijdrage stil bij het feit dat zorg niet gratis is (Scheerder, 2007). Daarnaast is het denkbaar dat men gezonder gaat leven om zorgkosten te besparen, als een deel van de kosten zelf betaald moet worden. Ook kan een eigen bijdrage het financieringstekort van de overheid wat terugdringen, omdat een kleiner deel van de huisartszorg uit de collectieve middelen betaald wordt. Voorwaarde hiervoor is wel dat een invoering van een eigen bijdrage niet te veel negatieve bijeffecten heeft die kostenstijgingen tot gevolg hebben. Hier zal ik later in deze sectie verder op ingaan.

Eerst zal verondersteld worden dat patiënten rationeel zijn. Zo kunnen mogelijke gevolgen ingeschat worden van een eigen bijdrage. Dan zal gekeken worden of mensen zich rationeel gedragen en wat er gebeurt als zei dat niet doen. Als patiënten rationeel zijn proberen ze de best mogelijke beslissing te maken gegeven de informatie die zij ter beschikking hebben. Alle hen bekende voor- en nadelen van huisartsbezoek zullen zij meewegen bij de beslissing om al dan niet de huisarts te bezoeken. Zolang het verwachte voordeel groter is dan het verwachte nadeel, gaan ze naar de huisarts. Het bestaan van een eigen bijdrage brengt voor patiënten kosten met zich mee. Bij een eigen bijdrage van bijvoorbeeld tien euro per persoon, zou dit betekenen dat iedereen naar de huisarts gaat die een bezoek meer dan tien euro waard vindt. Het instellen van een financiële drempel kan bij rationele mensen het gevolg hebben dat huisartsbezoek wordt afgeremd, en dat alleen naar de huisarts wordt gegaan als men daar voldoende waarde aan hecht. Zo worden er mogelijk meer efficiënte beslissingen genomen en kunnen de kosten van huisartszorg beperkt worden. Huisartsen kunnen zich concentreren op patiënten die bereid zijn te betalen voor de huisartsdienst voor een bepaalde zorgvraag.

Er zijn twee problemen bij de theorie van rationaliteit. Niet alle patiënten gedragen zich rationeel, en rationele patiënten nemen niet altijd de beste beslissing. Patiënten hebben mogelijk niet genoeg informatie om de ernst in te schatten van hun klacht en de waarde om de klacht te verhelpen. Als men daarnaast niet weet of de klacht behandelbaar is en of deze kan verergeren bij het uitblijven van behandelen, is het moeilijker een inschatting te maken. Mogelijk schat men het risico van een gezondheidsklacht te laag in. Bovendien kiezen mensen met een laag inkomen er misschien voor hun geld aan op dat moment noodzakelijke levensbehoeften te besteden, en niet aan een zorgvraag. Dit kan rationeel zijn vanuit het oogpunt van de patiënt, maar de effecten van de eigen bijdrage zijn dan wel nadelig als de klacht vervolgens verergert. Een ander probleem is dat men mogelijk de waarde van een goede gezondheid niet goed kan bepalen. In dat geval zou men spijt kunnen krijgen van het uitstellen of afstellen van een huisartsbezoek, misschien nadat de klacht is verergerd. Dat is in het nadeel van de patiënt en in het nadeel van de samenleving indien vervolgens een duurdere behandeling vereist is.

Mogelijk zijn patiënten niet bereid een eigen bijdrage te betalen en stellen zij noodzakelijk huisartsbezoek af of uit. Hierdoor kunnen er medische complicaties ontstaan waardoor het probleem groter wordt en uiteindelijk een duurdere behandeling nodig is. Mogelijk zijn vooral patiënten met lagere inkomens hier de dupe van. Zo komt het nu al eens voor dat mensen maagzuurremmers (12 euro kosten bij de eerste keer van voorschrijven) niet ophalen, terwijl deze moeten beschermen tegen maagbloedingen en –perforaties. Of een soa-test wordt vermeden vanwege geldgebrek (Bolsius en Van den Brink, 2013). Bij relatief kleine bedragen, die maar een deel van de totale kosten vormen, stellen sommige patiënten de zorg dus af. Dit zijn specifieke, individuele gevallen, in deze sectie zal gekeken worden of er een algemeen probleem is en of bepaalde groepen zoals lagere inkomens vaker noodzakelijk huisartsbezoek zullen afstellen.

Dat betalingen voor medicijnen de vraag vermindert, wordt bevestigd in onderzoek in de Verenigde Staten (Harris et al, 1990). Hierin wordt een groep patiënten die een eigen bijdrage moet betalen voor medicijnen vergeleken met een groep patiënten die dat niet hoeft. Bij een eigen betaling van 1,50 dollar is het medicijngebruik 10,7 procent gedaald ten opzichte van de controlegroep. Bij een eigen betaling van drie dollar voor medicijnen is er een additionele daling van 10,6 procent. Relatief kleine eigen bijdragen leiden dus tot significante, redelijk grote dalingen van medicijngebruik. Iets hogere bijdragen leiden weer tot extra daling van medicijngebruik. Dit onderzoek stam uit 1990 en gaat over medicijngebruik in de VS, maar het bevestigt wel dat veel patiënten voor de hoeveelheid zorggebruik gevoelig zijn voor prijsveranderingen.

In Italië is onderzoek gedaan naar het effect van eigen bijdragen voor medicijnen voor verschillende typen patiënten (Atella et al, 2006). Hiervoor is een vaste groep mensen onderzocht, een panel, gedurende de periode 1997-2002. In eerste instantie bestaat een eigen bijdrage; door middel van de difference-in-difference methode wordt gekeken of het medicijngebruik verandert door de afschaffing van de eigen bijdrage in een Italiaanse provincie. Het effect van de afschaffing op de ‘drug compliance’ is onderzocht. Het niveau van drug compliance geeft aan in hoeverre medicijnvoorschriften worden opgevolgd. Een lage drug compliance betekent dat de voorgeschreven medicijnen niet of minder vaak gebruikt worden, of in een lagere dosering. Voor lage inkomens heeft de beleidsverandering effect. De ‘drug compliance’ van deze groep stijgt na afschaffing van de eigen bijdrage van 0,4 naar 1. De medicijnvoorschriften worden dus eerst slecht, en vervolgens goed opgevolgd. Eigen bijdragen remmen dus de vraag naar medicijnen voor lage inkomens. Dit heeft uiteindelijk negatieve gevolgen voor de gezondheid. Zowel aan het ziekenhuisbezoek als de sterftecijfers is dit terug te zien. Noodzakelijke medicijnen worden dus minder gebruikt door de eigen bijdrage. Patiënten met een hoog inkomen hebben zowel voor als na de beleidsverandering een hoge drug compliance. Zij volgen de voorschriften dus goed op, ongeacht het bestaan van een eigen bijdrage. Patiënten wegen de waarde van medicijnen af tegen de waarde van andere goederen als er een eigen bijdrage geldt. Lagere inkomens zullen bij deze trade-off eerder voor andere goederen kiezen, omdat zij weinig geld overhouden als de medicijnen gekocht worden, wat de besparing op medicijnen verklaart. Vanwege het grotere budget is de afweging voor hogere inkomens tussen medicijnen en andere goederen minder relevant.

Als voor een eigen bijdrage voor de huisarts in Nederland hetzelfde geldt, zou dus het huisartsbezoek onder lage inkomens afnemen, ook wat betreft behandelbare zorgklachten. Omdat het gemiddelde inkomen in Italië lager ligt dan in Nederland levert een eigen bijdrage voor zorg in Italië misschien eerder problemen op; in Nederland zullen naar verwachting wat minder mensen moeite hebben met betalingen. Ook zou een eigen bijdrage voor specifiek medicijngebruik een ander effect kunnen hebben dan een eigen bijdrage voor huisartsbezoek. Desondanks wijzen de hierboven beschreven onderzoeken in de richting van een afname van behandelbare zorgvragen en een verslechtering van de gezondheid.

In Duitsland is onderzoek gedaan naar de effecten van eigen bijdragen voor medicijnen op doktersbezoek, zogenoemde co-payments (Winkelmann, 2004). Het gaat in dit onderzoek om medicijnen die op voorschrift van een dokter verkrijgbaar zijn. De hervorming is van 1997, de onderzoeksperiode is 1996-1998 waardoor data gebruikt zijn van voor en na de hervorming. Patiënten voor wie de eigen bijdrage is verhoogd, vormen de behandelgroep. Omdat sommige groepen zijn uitgesloten van deze verhoging, vormen zij een controlegroep. Zo kan bekeken worden of er significante verschillen voor en na deze hervorming zijn. Door de differences-in-differences methode toe te passen wordt gecorrigeerd voor andere mogelijke factoren die in deze periode een invloed hebben gehad op de zorgvraag. Voor de hervorming werden de medicijnkosten al gedeeld tussen de verzekeraar en de patiënt. Door de hervorming is de bijdrage van de patiënt met 200 procent verhoogd. Patiënten betalen voor medicijnen na de hervorming tussen de negen en dertien Duitse mark per voorschrift, afhankelijk van de verpakkingsgrootheid van de medicijnen. De stijging van medicijnkosten blijkt significant effect te hebben op het bezoek aan dokters die medicijnen voorschrijven. In de behandelgroep verminderde het doktersbezoek met 10 procent, terwijl er in de controlegroep geen significante vermindering bleek te zijn. Kennelijk houden patiënten bij de keuze een dokter te bezoeken rekening met de gestegen medicijnkosten; ze proberen deze kosten eerder te vermijden door de dokter die ze mogelijk gaat voorschrijven te vermijden.

Er dient gekeken te worden in hoeverre dit onderzoek relevant is voor huisartsbezoek in Nederland. Duitsland en Nederland zijn allebei westerse, moderne landen waarbij een relatief groot deel van de zorguitgaven publiek gefinancierd wordt. In het Duitse onderzoek gaat het niet om eigen bijdragen voor huisartsbezoek op zich, maar om eigen bijdragen voor medicijnen, voorgeschreven door de huisarts. Dit betekent dat doktersbezoek in Duitsland niet direct hogere kosten met zich meebrengt, maar indirect door doktersvoorschriften. Dat het Duitse doktersbezoek te beperken is door een indirecte bijdrage, wijst erop dat het Nederlandse huisartsbezoek ook terug te brengen is, door een directe bijdrage te vragen.

Ook voor andere vormen van zorg dan medicatie is onderzocht wat het effect is van eigen bijdragen. Een voorbeeld is ambulatory service in de VS (Roemer et al, 1975). Hieronder vallen ingrepen en behandelingen die gedaan worden in een ziekenhuis of een kliniek, die vaak wat specifiekere vormen van zorg zijn. In Californië werd een dollar gevraagd per bezoek, voor de eerste twee doktersbezoeken per maand. De data van zes maanden voor en twaalf maanden na de beleidsverandering zijn onderzocht. Omdat de cohort met eigen betaling andere eigenschappen heeft dan de cohort zonder eigen betaling, zijn beide geïndexeerd met een basiswaarde van 100 van voor de verandering. Het gebruik van ambulatory services daalde in de cohort met eigen betaling ten opzichte van de controlegroep. Het aantal ziekenhuisopnamen nam op termijn echter toe. De toename kost meer geld dan de besparing op ambulatory services oplevert voor de staat. Dit heeft te maken met het feit dat ziekenhuisopnamen relatief duur zijn. Ambulatory services zijn goedkoper en werken vaak kostenbesparend omdat vroegtijdig diagnoses gesteld kunnen worden. Ook worden er meer eenvoudige behandelingen verricht die ernstigere gezondheidsproblemen voorkomen. Ambulatory services zijn vaker op initiatief van de patiënt. Een bijdrage kan de patiënt doen besluiten deze dienst niet te bezoeken. Ziekenhuisopnamen zijn vaker op initiatief van de arts. In een later stadium, soms na grotere gezondheidsproblemen, wordt de patiënt door de arts doorverwezen naar het ziekenhuis. Dit lijkt negatieve gevolgen te hebben voor zorguitgaven en voor de gezondheid. Uitstel van huisartsbezoek in Nederland kan ook het effect hebben dat de patiënt met grotere problemen een ziekenhuis of specialist moet bezoeken.

Gekeken is of de afname van huisartsbezoek te vergelijken is met de afname van andere zorg. Mogelijk wordt eerder op huisartszorg bespaard dan op meer specifieke zorg, of juist andersom. Als men de keuze moet maken medicijnen te gebruiken of een ziekenhuis te bezoeken, kan dit gebaseerd worden op een advies of voorschrift van de huisarts. Voordat de huisarts wordt bezocht heeft de patiënt nog geen advies gekregen van een deskundige, en moet hij een eigen afweging maken. Dit geeft het risico dat kosten een grotere rol spelen en dat mensen snel op huisartszorg bezuinigen in vergelijking met andere zorg (Van der Maat en De Jong, 2010).

Dat patiënten sneller op eerstelijnszorg bezuinigen dan op andere zorg, wordt bevestigd door een onderzoek over eigen bijdragen in de Verenigde Staten (Cherkin et al, 1989). Hierin wordt onderzocht wat de effecten zijn van eigen bijdragen van vijf dollar per bezoek op zorggebruik. Het zorgsysteem van de VS is anders dan het Nederlandse systeem. In de VS bestaat ‘primary care’, dit is laagdrempelige, meer generieke zorg waar patiënten naartoe kunnen voor consultatie of eerste behandeling, en om eventueel verder verwezen te worden naar meer specifieke zorgverleners. Hoewel deze zorgcategorie niet precies hetzelfde is als de Nederlandse huisartszorg, lijkt deze er het meeste op. Een van de andere categorieën in de VS is ‘specialty care’, waar specifieke behandelingen onder vallen zoals medische en chirurgische ingrepen. Voor het onderzoek is gekeken naar een behandelgroep waarvoor de eigen bijdrage werd ingevoerd, en een controlegroep die qua eigenschappen vergelijkbaar is en die geen eigen bijdrage hoefde te betalen. De afname in zorgvraag in totaal aantal bezoeken is 8,2 procent na invoering van de eigen bijdrage van vijf dollar. Interessant is dat de afname van ‘primary care visits’ 10,9 procent is, dus hoger dan gemiddeld. De afname van zorgvraag bij ‘specialty care visits’ is een stuk lager, 3,3 procent, en niet significant. Hieruit blijkt dat het per type zorg verschilt wat het effect van een eigen bijdrage is. Het effect is groter voor patiënten die voor de invoering van de eigen bijdrage vaak zorg gebruikten. Het effect is het grootst voor het type zorg dat het meest te vergelijken is met de Nederlandse huisartszorg, dit effect is ook significant bij een bedrag van vijf dollar. De reële geldwaarde van dit bedrag was in de jaren tachtig hoger dan nu, desondanks gaat het om een relatief klein bedrag. De afname in zorgvraag werd niet minder gedurende de 12 maanden van onderzoek. Dit wijst erop dat er sprake is van een permanent effect, en dat gewenning aan de invoering van een eigen bijdrage geen effect heeft. Een eigen bijdrage voor de Nederlandse huisarts kan dus een relatief groot permanent, significant effect hebben om huisartsbezoek.

Het panel gezondheidszorg heeft een enquête gehouden onder zorggebruikers over welke gevolgen zij verwachten van een eigen bijdrage aan de huisarts. De helft verwacht dat er een belemmering zal ontstaan voor in hun ogen noodzakelijke bezoeken, 43 procent denkt van niet en 7 procent weet het niet. Zorggebruikers met een slechtere gezondheid en zorggebruikers met een lager inkomen verwachten voor zichzelf meer belemmering bij een eigen bijdrage. Beide factoren zijn van invloed op de inschattingen die zorggebruikers zelf maken (Brabers en Reitsma, 2013). Het is de vraag of de inschattingen die zorggebruikers zelf geven daadwerkelijk kloppen. Mogelijk zijn de antwoorden in de enquête anders dan het gedrag dat mensen gaan vertonen. Als de enquêteantwoorden realistisch zijn, en noodzakelijke bezoeken inderdaad worden uitgesteld in het geval dat er bijdragen gevraagd worden, is dat niet wenselijk. Een eigen bijdrage kan dan het effect hebben dat behandelbare klachten verergeren en er uiteindelijk een ingreep van een ziekenhuis of specialist nodig is om de zorgklacht te verhelpen. Dit risico is de reden dat de eigen bijdrage vooralsnog niet is ingevoerd (Kool en Delnoij, 1999).

Eerder is onderzocht wat de gevolgen van een eigen bijdrage zijn voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Dit is een vorm van tweedelijnszorg voor psychische klachten. De verwachting van deze maatregel was dat mensen met lichtere klachten minder tweedelijnszorg zouden gaan gebruiken, waardoor de GGZ zich kan richten op de patiënten met meer ernstige klachten. Hierover is een enquête gehouden onder ongeveer 5000 patiënten. Deze patiënten hebben voor het grootste deel een psychotische stoornis, zoals een angststoornis, stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis. Uit deze enquête blijkt dat zij hun zorgvraag wel van plan waren te verminderen, maar dat dit vooral op basis van opleiding en inkomen is. Vooral mensen met een lager inkomen of een lagere opleiding vermijden in dat geval dus zorg. De eigen bijdrage scheidt in dat geval niet zozeer ernstige en minder ernstige klachten, maar inkomensgroepen en opleidingsklassen. In hoeverre is dit relevant voor een eigen bijdrage voor de huisarts? Mensen met psychische klachten kunnen mogelijk minder goed een inschatting maken van de ernst van hun klacht en de noodzaak van hulp hiervoor dan de gemiddelde huisartsbezoeker. Het verschilt in deze enquête namelijk ook per psychische klacht hoeveel men verwacht het zorggebruik te zullen verminderen. Het zou kunnen dat huisartsbezoekers rationeler zijn en een meer doordachte keuze kunnen maken. Bovendien geeft deze enquête aan wat men van plan was te veranderen aan het zorggebruik, dit kan verschillen van het gedrag dat daadwerkelijk vertoont was indien de bijdrage was ingevoerd. Desondanks is het ook voor huisartsbezoekers een serieus risico dat inkomens- en opleidingsniveau vooral meewegen in plaats van de ernst van de klacht (Verhaak et al, 2013).

In Canadees onderzoek is specifiek gekeken naar de effecten van eigen betalingen voor doktersbezoek voor lage inkomens (Beck, 1974). In 1968 is het aantal verleende diensten onder deze groep met achttien procent gedaald, bij een bijdrage van 1,50 dollar per bezoek. De daling onder de gehele bevolking is een stuk kleiner, namelijk zes tot zeven procent. Onder lage inkomens vallen ook studenten en andere jonge mensen die deels nog thuis wonen. Als rekening gehouden wordt met leeftijd en familiegrootte, blijkt het percentage voor sommige groepen hoger te zijn. Oudere, grotere gezinnen blijken hun vraag naar zorgdiensten te verlagen tot 24 procent. Voor het effect maakt het ook uit of de zorg op initiatief van de dokter of van de patiënt is. Als eigen bijdragen klein zijn en het besluit tot zorgverlening wordt door de dokter genomen, is er geen of weinig effect. Een voorbeeld hiervan is specialistische zorg na doorverwijzing van een meer algemene dokter. Voor zorgverlening op initiatief van de patiënt blijken eigen bijdragen een grotere rol te spelen, voornamelijk voor lage inkomens.

In Duitsland is specifiek geanalyseerd wat de effect van eigen bijdragen zijn voor doktersbezoeken (Augurzky et al, 2006). Met de hervorming van 2004 werden bijdragen geïntroduceerd van 10 euro per bezoek, waarbij alleen betaald wordt voor het eerste doktersbezoek in een kwartaal. De volgende bezoeken in een specifiek kwartaal waren gratis. Minderjarigen en privaat verzekerden, vaak de hogere inkomens, zijn uitgesloten van de bijdragen en vormen daarom een controlegroep. Data van 2003 en 2005, van voor en na de hervorming, zijn vergeleken door middel van de differences-in-differences methode. In eerste instantie lijkt er een significant effect te zijn van de bijdrage op de kans op doktersbezoek, maar als gecorrigeerd wordt voor onder meer inkomen en opleiding is het effect niet meer significant. Mogelijk clusteren patiënten hun bezoeken voor medicatie tot één bezoek na invoering van de hervorming, om een grotere hoeveelheid medicijnen per keer te halen. De manier waarop een eigen bijdrage wordt vormgegeven is waarschijnlijk belangrijk. In andere onderzoeken behandeld in deze scriptie, waarbij voor elk bezoek betaald moest worden, zijn er wel effecten gevonden.

Het RAND Health Insurance Experiment is een groot sociaal onderzoek uit de jaren zeventig in de VS. Van duizenden gezinnen is bekeken wat de effecten van eigen betalingen voor zorgverlening zijn op het zorggebruik en de gezondheid. De onderzoeksperiode is vijf jaar. Mogelijk gaan mensen meer zorg gebruiken naarmate deze meer voor hen betaald wordt. Verschillende groepen patiënten zijn getest met verschillende coinsurance-rates, percentages van kosten die door de patiënt zelf betaald moeten worden. Van belang is dat aanwezigheid van causaliteit kan worden vastgesteld of verworpen. Als er een positief verband is tussen mate van verzekering en zorggebruik kan dit betekenen dat meer kostendekking door verzekering tot meer zorggebruik van patiënten leidt, maar het is ook mogelijk dat mensen die veel zorg gebruiken een grotere verzekering nemen. Met dit soort zaken is rekening gehouden in het RAND-onderzoek door een natuurlijk experiment te creëren. Uitgekozen individuen zijn willekeurig ingedeeld in verschillende tarieven. Dit onderzoek is een fundament voor vele andere onderzoeken op het gebied van eigen betalingen in de zorgsector (Gruber, 2006).

Een van de onderzoeken die zich hierop baseert, geeft een duidelijk verband aan tussen mate van eigen betaling en uitgaven voor deze patiënten (Manning et al, 1987). De uitgaven voor mensen die alle zorgkosten vergoed krijgen is 45 procent hoger dan de uitgaven voor mensen die 95 procent zelf moeten betalen. Mensen die een middelmatig bedrag zelf moeten betalen, zitten qua uitgaven hier tussen. Er is dus een duidelijk positief verband tussen de mate van kostendekking door een verzekering en de zorguitgaven. Vooral het aantal contacten met zorgverleners neemt toe, niet zozeer de intensiteit ervan. De grootste relatieve verschillen in zorggebruik zijn tussen patiënten die niks zelf hoeven te betalen en degenen die een relatief klein deel (25 procent) zelf moeten betalen. Het vragen van kleine bijdragen voor zorg heeft dus in verhouding een sterk effect op de afname van zorgvraag. Een toename van eigen betaling verkleint de zorgvraag verder, maar in een mindere mate. Als dit vertaald wordt naar de Nederlandse huisartsenzorg, zou het aantal huisartscontacten dus afnemen bij een eigen bijdrage. Een klein bedrag voor huisartsbezoek kan het bezoek relatief veel afremmen. Een eigen bijdrage per bezoek aan een specifieke zorgverlener als een huisarts zou echter andere effecten kunnen hebben dan het betalen van een percentage van de zorgkosten. Omdat er in dit experiment een kostenplafond is waarboven alles wordt vergoed voor patiënten, kunnen zij bovendien geneigd zijn veel zorg te gebruiken als ze verwachten toch boven het maximumbedrag uit te komen. Voor verschillende inkomensgroepen laat dit onderzoek geen duidelijke verschillen zien. Hoge inkomens gebruiken wat meer zorg, maar de verschillen zijn soms niet significant en soms niet zo groot, ook kunnen deze verschillen door derde factoren veroorzaakt zijn.

Duidelijk is dat een eigen bijdrage het zorggebruik vermindert. Het effect geldt voor zowel het effectieve als ineffectieve gebruik. Opvallend is echter dat dit vaak geen negatief gezondheidseffect heeft voor de gemiddelde persoon. Enkele ziekteverschijnselen bleken vaker voor te komen onder de groep die moest betalen voor zorg, andere verschijnselen kwamen juist minder vaak voor. Zo had de groep met gratis zorg meer klachten over medische symptomen. Gratis zorg kan dus ook gezondheidsrisico’s veroorzaken door bijvoorbeeld overmedicatie. In het RAND-onderzoek is enerzijds gekeken naar algemene indicaties voor gezondheid, en anderzijds naar risico op overlijden. Uit beide manieren om een globaal beeld te krijgen over gezondheidsproblemen is geen significant verschil gevonden tussen patiënten met en zonder eigen betaling (Gruber, 2006). Later zal het effect voor verschillende inkomensgroepen bekeken worden.

In onderzoek in de Verenigde Staten wordt onderscheid gemaakt tussen ex-ante en ex-post moral hazard in het geval dat een verzekering de zorgkosten dekt (Zweifel en Manning, 2000). Ex-ante houdt in dat mensen zich minder verantwoord gaan gedragen, omdat zij er rekening mee houden dat zij toch gratis zorg zullen krijgen indien dit nodig is. Het beïnvloed mogelijk de levensstijl van patiënten. Ex-post betekent dat men, als men eenmaal zorg nodig heeft, meer of duurdere zorg eist. Volgens het theoretisch model van dit onderzoek hebben hoge inkomens meer inkomstenverlies bij ziekte vanwege hun hogere loon, en zijn de nadelen van ziekte groter. Daarom zullen zij meer aan preventie doen, waardoor de ex-ante moral hazard kleiner is. Lage inkomens hebben minder financieel nadeel van ziekte, waardoor er minder neiging kan zijn een goede levensstandaard te stellen. Deze theorie wordt niet overtuigend empirisch bevestigd. Dit komt doordat er veel factoren tegelijk een rol spelen en ex-ante moral hazard moeilijk van ex-post moral hazard te scheiden is. De ex-post moral hazard kan wel overtuigend bewezen worden. De prijselasticiteit van zorgvraag is -0,2. Mensen vragen meer zorg als deze gedekt wordt door een verzekering. De kosten worden namelijk helemaal of deels afgewenteld. Hoe groter het percentage dat men zelf moeten betalen, hoe lager het zorggebruik. Een tweede reden hiervoor is dat het besteedbare inkomen hoger is als de verzekering meer kosten dekt, zodat meer geld overblijft voor zorgconsumptie.

Het effect van kostenverschuiving van verzekeraars naar verzekerden wordt bevestigd in Japans onderzoek. Dit land heeft in 1984 een eigen bijdrage van tien procent ingevoerd voor zorgdiensten, daarvoor bestond geen eigen bijdrage voor premiebetalers. Dit verkleinde zowel het aantal zorgdiensten als het aantal behandeldagen per zorgdienst. In 1997 werd er een additionele eigen bijdrage van tien procent ingevoerd, met een vergelijkbaar effect op deze factoren (Babazono et al, 2003). Ook de kosten van verzekeraars gingen omlaag. Invoering van een eigen bijdrage voor patiënten komt in deze situatie neer op een kostenverschuiving van verzekeraars naar verzekerden. Een verschil tussen de invoering van de eigen bijdrage van tien procent en de verhoging naar twintig procent is dat bij de verhoging ook een inkomenseffect optreedt. De verhoging lijkt negatief te werken voor lage inkomens als gekeken wordt naar de behandeltijd voor een ziektegeval. In 1984 ligt het aantal dagen dat een zorgdienst wordt verleend per ziektegeval voor lage inkomens hoger dan gemiddeld. Na de verhoging van de eigen bijdrage in 1984 is dit negatieve verband tussen inkomen en behandeltijd sterker. Omdat artsen er geen belang bij hebben lage inkomens langer te behandelen, ligt het voor de hand dat inkomen de behandeltijd beïnvloed. Lagere inkomens stellen door een eigen bijdrage doktersbezoek eerder uit, waardoor de behandeling te laat wordt gedaan. Hierdoor is een langere behandeltijd nodig om de meer ernstig geworden klacht te verhelpen. Eigen bijdragen vormen dus een barrière voor lage inkomens, ook voor zorgvragen die behandeld dienen te worden. Vooral voor mildere aandoeningen lijkt zorggebruik uitgesteld te worden waardoor uiteindelijk een langere behandeltijd nodig is.

Patiënten een deel van de kosten laten betalen van de door hen gebruikte zorg kan helpen om kosten terug te dringen. Ook kan gekozen worden voor een value-based insurance design (Baicker en Goldman, 2011). Dit houdt in dat voor verschillende behandelingen of medicijnen, en daarmee voor verschillende ziekten, gekeken wordt wat de waarde en de kosten ervan zijn. Deze worden tegen elkaar afgewogen, zodat de hoogte van de eigen betaling van patiënten kan worden bepaald. De effectiviteit van een behandeling of medicijn is dus bepalend voor de hoogte van de patiëntbijdrage. Wat de optimale hoeveelheid van eigen betaling is, verschilt daarnaast per subgroep. Een risico van eigen betalingen is dat te veel gekeken wordt naar wat op korte termijn het beste is, omdat verzekeraars winst willen maken. Belangrijk is om de eigen betaling op zo’n hoogte vast te stellen dat op lange termijn efficiëntie bereikt wordt. Voor de huisarts betekent dit dat een eigen betaling op korte termijn misschien geld kan besparen omdat mensen minder vaak naar de huisarts gaan, maar op lange termijn extra kosten meebrengt.

Een voorbeeld van een value-based insurance design is het systeem dat Pitney Bows hanteert, een bedrijf in de VS (Choudhry et al, 2010). Het verzekeringsprogramma kent eigen betalingen die verschillen per medicijn. Omdat dit bedrijf zelf heeft besloten tot dit systeem, is het een natuurlijk experiment. Gekeken is wat de kostenontwikkeling van dit bedrijf is vergeleken met wat van tevoren verwacht zou worden gezien de trend. Omdat andere bedrijven dit systeem niet hebben ingevoerd, kunnen deze als controlegroep gezien worden. Eigen betalingen voor medicijnen die hart- en vaatziekten tegen moeten gaan zijn deels afgeschaft en deels verlaagd. Patiënten met een te hoog cholesterol bijvoorbeeld, lopen extra risico op allerlei ziektes, wat extra zorgbehandelingen vergt. Getracht wordt dit tegen te gaan door medicijnen tegen cholesterol gratis te verstrekken aan werknemers. Hierdoor kunnen gezondheidsproblemen voorkomen worden en zijn er uiteindelijk minder zorgbehandelingen nodig. Het verstrekken van Clopidogrel, een medicijn tegen vaatziekten werd niet geheel vergoed, maar wel goedkoper gemaakt voor werknemers. De adherence, de mate waarin medicijnvoorschriften worden opgevolgd, is hierdoor met 4,2 procentpunt gestegen. De zorguitgaven anders dan medicijnkosten moeten echter met 17 procent dalen om ervoor te zorgen dat de totale kosten omlaag gaan, aangezien de verlaging van eigen betalingen gecompenseerd moet worden. Of het meer opvolgen van medicijnvoorschriften zoveel effect bereikt is echter de vraag. Het gratis houden van huisartszorg in Nederland heeft naar het lijkt het gevolg dat meer patiënten de huisarts bezoeken. Hierdoor wordt het gebruik van andere zorgdiensten gedempt. Als een eigen bijdrage voor huisartsbezoek wordt ingesteld, kan dit betekenen dat de opbrengst ervan deels opgeofferd moeten worden door een gestegen vraag naar andere zorgdiensten. Uit dit onderzoek blijkt namelijk dat eigen bijdragen de zorgvraag significant verminderen tot onder het optimum. Ook het aantal zorgvragen dat goed behandelbaar is neemt af. Een verschil in de vergelijking is dat eigen bijdragen voor medicijnen per medicijn bepaald kunnen worden. Voor eigen bijdragen voor huisartsbezoek kan moeilijk per type klacht een ander bedrag gevraagd worden. Huisartsklachten kunnen niet zo makkelijk ingedeeld worden in klassen.

1. **Belgische huisartsenzorg**

Om meer te weten te komen over de gevolgen van een invoering van een eigen bijdrage voor Nederland, kan er gekeken worden naar andere landen die al een eigen bijdrage kennen. Als deze financieringmethode werkt in andere landen die redelijk vergelijkbaar zijn met Nederland, kan het voor Nederland ook een goed plan zijn. Een van deze landen is België, daar bestaan zogenaamde remgelden. Dit zijn bedragen die een patiënt moet betalen voor een zorgbehandeling. Een deel van deze kosten kan teruggevraagd worden van de verzekeringsmaatschappij, een deel komt voor rekening van de patiënt zelf. Het doel hiervan is om zorggebruik af te remmen, zowel van de huisarts als van andere zorgverleners. De remgelden in België zijn enkele decennia geleden ingevoerd. Nederland en België zijn beide West-Europese landen met een hoog gemiddeld inkomen en een hoog opleidingsniveau, wat de vergelijking relevant maakt.

Er zijn wel duidelijke verschillen tussen het Nederlandse en Belgische zorgsysteem. De Nederlandse huisarts heeft de functie van poortwachter. Hij vormt de eerste lijn van de zorg. Eerstelijnszorg is alle zorg die direct toegankelijk is voor patiënten en waarvoor geen verwijzing nodig is (Smit, 2013). De Nederlandse huisarts dient het aantal patiënten dat gebruik maakt van tweedelijnszorg te beperken. De Belgische huisarts is in mindere mate een poortwachter dan de Nederlandse. In België is het namelijk mogelijk direct een specialist of ziekenhuis te bezoeken. Daarvoor wordt, net als voor een huisartsbezoek, een betaling gevraagd van de patiënt (Verlinde, 2012). Het probleem dat een eigen betaling voor de huisarts ertoe leidt dat de relatief goedkope eerstelijnszorg wordt overgeslagen, lijkt voor Nederland niet te gelden omdat het overslaan van de eerstelijnszorg in Nederland niet gebruikelijk is en specialisten en ziekenhuizen dit niet hoeven te accepteren. Een eigen bijdrage voor de huisarts in Nederland hoeft dus niet te betekenen dat men eerder gebruik maakt van tweedelijns zorg.

Zoals gesteld in sectie twee, handelt de Nederlandse huisarts 96 procent van de zorgvragen zelf af. Voor de Vlaamse huisarts geldt hetzelfde percentage (De Maeseneer, 2001). Dit is opvallend vanwege de verschillen tussen het Nederlandse en Belgische zorgsysteem. Als de verwachting is dat men bij betalingen voor de huisarts meer met noodzakelijke of ernstige klachten komt, zou de Belgische huisarts minder zorgvragen zelf af kunnen handelen. Een groter deel van de klachten zou daadwerkelijk zorg vereisen. Dat echter evenveel problemen opgelost kunnen worden door de Vlaamse huisarts, is een indicatie dat de verhouding behandelbare/niet-behandelbare klachten weinig is veranderd. Dit suggereert dat een eigen bijdrage voor de huisarts geen oplossing is om de behandelbare en niet-behandelbare klachten te scheiden.

Een ander interessant vergelijkingspunt wat betreft Nederland en België, is de frequentie van het huisartsbezoek. Zeker voor lagere inkomens zou de frequentie af kunnen nemen bij een eigen bijdrage, omdat deze groep hier meer van merkt. Er is in België onderzoek gedaan naar de manier waarop huisartsen omgaan met mensen uit lagere sociaaleconomische klassen. Daarbij werd ook het huisartsbezoek van mensen met geldgebrek onder de loep genomen. Hieruit bleek echter dat er voor mensen die moeite hebben met het rondkomen van hun inkomen geen groter risico is dat zij huisartsbezoek uitstellen (Verlinde, 2012). Het effect van remgelden op huisartsbezoek zou in dat geval hetzelfde zijn voor hoge en lage inkomens. Voor sommige specifieke groepen van lage inkomens is er wel extra risico op uitstel van huisartsbezoek. Lage inkomens met weinig vertrouwen in de huisarts bijvoorbeeld. Wel is het mogelijk dat remgelden het huisartsbezoek beperken, en dat bezoeken bijvoorbeeld door hoge en lage inkomens evenveel worden beperkt, of dat de aantallen behandelbare en niet-behandelbare klachten evenveel afnemen. In sectie drie bleek namelijk uit verschillende onderzoeken dat de zorgvraag van redelijk vergelijkbare maatregelen wel afneemt.

In België heeft de eigen bijdrage het zorgsysteem ingewikkelder gemaakt. Voor verschillende soorten contact met de huisarts kan bijvoorbeeld een verschillend tarief ontstaan. Als men bijvoorbeeld vijf euro zou vragen voor een huisartsbezoek, kan men zich afvragen of er ook vijf euro betaald moet worden voor telefonisch contact of een huisbezoek van een huisarts. Bij het invoeren van een tarief kan ook makkelijk beargumenteerd worden dat er voor het consulteren van een huisarts op drukke of minder gewenste momenten (zoals in de avonden en weekenden) extra kosten in rekening gebracht moeten worden. In België hangen de kosten van bijvoorbeeld een huisbezoek van vele factoren af, zoals de verblijfplaats, de leeftijd, en het al dan niet chronisch ziek zijn van een patiënt. Mogelijk lokt een invoering van een eigen bijdrage in Nederland ook discussies uit over allerlei omstandigheden die meegewogen moeten worden bij de tariefbepaling, waardoor er allerlei uitzonderingen gecreëerd worden, of inkomensafhankelijkheid van eigen bijdragen wordt ingevoerd. Dit maakt het zorgsysteem misschien nog ingewikkelder (Farfan-Portet, 2012).

1. **Discussie en conclusie**

Een eigen bijdrage voor de huisarts werkt om huisartsbezoek te verminderen. Kosten worden meer meegewogen door patiënten. Momenteel heeft het overgrote deel van de bevolking meerdere keren per jaar contact met de huisarts, meestal door middel van een bezoek van de patiënt. Uit de literatuuranalyse is gebleken dat in de VS en Italië medicijngebruik vermindert door eigen bijdragen. Ook vermindert doktersbezoek in Duitsland als medicatie geld kost, wat een indirect effect van eigen betaling op doktersbezoek betekent. Het effect verschilt veel per zorgdienst. De meeste onderzoeken concluderen wel dat het effect op zorgvragen aanwezig is en vaak blijkt dit extra sterk voor lage inkomens te zijn. Als voor verschillende medicijnen een eigen bijdrage wordt gevraagd, brengt dit effecten van verschillende grootten naar voren. Voor huisartsbezoek lijkt het effect op zorggebruik sterker dan voor andere vormen van zorg, waar zoals gezegd de zorgvraag al voor verminderde. Nederlandse enquêtes bevestigen dit beeld, hoewel dit vooral aangeeft hoe men zich verwacht te gaan gedragen. Vaak hangt het effect meer af van inkomen en opleiding dan van ernst van de klacht. Voor doktersbezoek zelf lijkt er in het buitenland soms effect te zijn, de functie van de dokter die hierbij onderzocht is verschilt wel wat van de functie van de Nederlandse huisarts. Eigen bijdrage voor verzekerden vermindert zorgvragen, de mate verschilt duidelijk per zorgdienst. Een kleine eigen bijdrage hiervoor geeft een relatief sterke daling van zorgvraag, verhogingen van eigen bijdragen verlagen de zorgvraag nog wat extra. Dat de zorgvraag vermindert kan betekenen dat alleen of vooral niet-behandelbare zorgklachten verminderen, maar sommige onderzoeken, zoals het onderzoek naar medische ingrepen in ziekenhuizen en klinieken, wijzen wel op negatieve gevolgen voor gezondheid naast een effect op frequentie van gebruik. Onderzoeken over gezondheidseffecten zijn echter minder eenduidig en minder stellig dan onderzoeken naar de frequentie van zorggebruik. Het effect is groter voor lagere inkomens qua afname van zorgvraag. Deze groep lijkt ook het grootste risico voor gezondheidsklachten te hebben. In België bestaat een eigen bijdrage voor de huisarts, hoewel de Belgische huisarts in mindere mate een poortwachter is dan de Nederlandse. Er is dus enigszins een functieverschil. In België lijkt de eigen bijdrage over het algemeen weinig effect te hebben op de frequentie van huisartsbezoek, hoewel patiënten met zowel weinig vertrouwen in de zorg als weinig geld huisartsbezoek mogelijk wel beperken.

1. **Referenties**
* Atella Vincenzo, Peracchi Franco, Depalo Domenico, Rossetti Claudio (2006), ‘Drug compliance, co-payment and health outcomes: Evidence

from a panel of Italian patients’, Health Economics nr. 15 pp. 875-892.

* Augurzky Boris, Bauer Thomas, Schaffner Sandra (2006), ‘Copayments in the german health system: do they work?’,
* Babazono Akira, Tsuda Toshihide, Yamamoto Eiji, Mino Yoshio, Une Hiroshi, Hillman Alan (2003), ‘Effects of an increase in patient copayments on medical service demands of the insured in Japan’, International Journal of Technology Assessment in Health Care vol. 19 nr. 3 pp. 465-475.
* Baicker Katherine, Goldman Dana (2011), ‘Patient cost-sharing and healthcare

spending growth’, Journal of Economic Perspectives vol. 25 nr. 2 pp. 47–68.

* Beck R (1974), ‘The effects of co-payment on the poor’, The Journal of Human Resources vol. 9 nr. 1 pp. 129-142.
* Bolsius Roel, Van den Brink Rinke (2013), ‘Patiënt met geldgebrek mijdt zorg’, NOS-website 27 maart.
* Brabers Anne, Reitsma Margreet (2013), ‘Minder naar de huisarts bij eigen bijdrage’, Huisarts en Wetenschap nr. 4 p. 187.

# Cherkin Daniel, Grothaus Louis, Wagner Edward (1989), ‘The Effect of Office Visit Copayments on Utilization in a Health Maintenance Organization’, Medical Care, vol. 27 nr. 11 pp. 1036-1045.

* [Choudhry](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Niteesh+K.+Choudhry&sortspec=date&submit=Submit) Niteesh, Fischer [Michael](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Michael+A.+Fischer&sortspec=date&submit=Submit), Avorn [Jerry,](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Jerry+Avorn&sortspec=date&submit=Submit) Schneeweiss [Sebastian](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Sebastian+Schneeweiss&sortspec=date&submit=Submit), Solomon [Daniel](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Daniel+H.+Solomon&sortspec=date&submit=Submit), Berman [Christine](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Christine+Berman&sortspec=date&submit=Submit), Jan [Saira](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Saira+Jan&sortspec=date&submit=Submit), Liu [Jun](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Jun+Liu&sortspec=date&submit=Submit), Lii [Joyce](http://content.healthaffairs.org/search?author1=Joyce+Lii&sortspec=date&submit=Submit), Brookhart [Alan](http://content.healthaffairs.org/search?author1=M.+Alan+Brookhart&sortspec=date&submit=Submit), Mahoney [John](http://content.healthaffairs.org/search?author1=John+J.+Mahoney&sortspec=date&submit=Submit), Shrank [William](http://content.healthaffairs.org/search?author1=William+H.+Shrank&sortspec=date&submit=Submit) (2010), ‘At Pitney Bowes, Value-Based Insurance Design Cut Copayments And Increased Drug Adherence’, Health Affairs, vol. 29 nr. 11 pp. 1995-2001.
* De Maeseneer Jan (2001), ‘Huisartsengeneeskunde op de drempel van de 21ste eeuw: Uitdagingen voor de toekomst’, Huisarts Nu september; 30 (7) p. 312.
* Farfan-Portet Maria-Isabel (2012), ‘Vereenvoudiging van de remgelden: toepassing op de raadplegingen en huisbezoeken van artsen’, Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg 19 maart p. 11.
* Gruber Jonathan (2006), ‘The role of consumer copayments for health care:

lessons from the RAND Health Insurance Experiment and beyond’, report for the Kaiser Family Foundation, oktober.

* Harris Brian, Stergachis Andy, Douglas Ried L. (1990), ‘The Effect of Drug Co-Payments on Utilization and Cost of Pharmaceuticals in a Health Maintenance Organization’, Medical Care, vol. 28 nr. 10 pp. 907-917.
* [Kool F.J.M.](http://nvl002.nivel.nl/adlibweb/dispatcher.aspx?action=search&database=ChoicePublicat&search=auteur='Kool,%20F.J.M.'&SRT0=jr&TYP0=n&SEQ0=descending), [Delnoij D.M.J.](http://nvl002.nivel.nl/adlibweb/dispatcher.aspx?action=search&database=ChoicePublicat&search=auteur='Delnoij,%20D.M.J.'&SRT0=jr&TYP0=n&SEQ0=descending) (1999), Effecten van een eigen risico versus een procentuele eigen bijdrage op zorgconsumptie, vol. 54, NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg).
* Langelaar Jeroen (2011), ‘D66 vraag om onderzoek naar eigen bijdrage huisarts’, Elsevier 9 november.
* Manning Willard, Newhouse Joseph, Duan Naihua, Keeler Emmett, Leibowitz Arleen (1987), ‘Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment’, The American Economic Review vol. 77 nr. 3 pp. 251-277.
* Roemer Milton, Hopkins Carl, Carr Lockwood, Gartside Foline (1975), ‘Copayments for ambulatory care: penny-wise and pound-foolish’, Medical Care vol. 13 nr. 6 pp. 457-466.
* Rosen Harvey, Gayer Ted (2010), Public Finance 9e editie, McGraw-Hill Education.
* Scheerder Rob (2007), ‘Gezondheidszorg: wie betaalt de rekening?’, Zorg en Financiering 8 augustus p. 9.
* Smit Marieke (2013), ‘Themanummer eerstelijnszorg’, Zorgthermometer februari; p. 6.
* Van der Horst Albert, Van Erp Frank, De Jong Jasper (2011), ‘Trends in gezondheid en zorg’, CPB-website.
* Van der Maat Marjan, De Jong Judith (2010), ‘Eigen risico in de zorgverzekering: het verzekerden-perspectief: een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg’, NIVEL-website juni.
* Verhaak Peter, Koopmans Berber, Ngo Dung, Faber Eddy (2013), ‘Eigen bijdrage in de GGZ stoot niet de mensen met lichtere problematiek maar de minder draagkrachtigen af’, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen vol. 91 nr. 5 pp. 270-275.
* Verlinde Evelyn (2012), ‘Equity in Primary Health Care use among vulnerable populations in Belgium: an exploration’, Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences.
* Volkskrant (2012), 'Formatiestuk gelekt: VVD en PvdA willen mensen meer laten betalen voor zorg', 10 oktober.
* Winkelmann Rainer (2004), ‘Co-payments for prescription drugs and the demand for doctor visits - Evidence from a natural experiment’, Health Economics november; vol. 13 pp. 1081-1089.
* Zweifel Peter, Manning Willard (2000), ‘Moral hazard and consumer incentives in health care’, Handbook of Health Economics, vol. 1 pp. 409-459.
1. **Appendix**

CBS (2010), frequentie huisartscontact 2000 t/m 2009.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Onderwerpen | Medische consumptie |
| Huisarts |
| Contact met de huisarts in 1 jaar |
| % Personen met contact | Aantal contacten per persoon | Aantal contacten p.p. met contact |
| Kenmerken gebruikers | Totaal | Totaal | Totaal |
| Perioden | Cijfersoort | *%* | *aantal* |
| 2000 | Percentages/aantallen | 75.6 | 4.1 | 5.5 |
| 2001 | Percentages/aantallen | 76.1 | 4.0 | 5.2 |
| 2002 | Percentages/aantallen | 74.9 | 3.8 | 5.1 |
| 2003 | Percentages/aantallen | 74.4 | 3.9 | 5.3 |
| 2004 | Percentages/aantallen | 73.3 | 3.5 | 4.8 |
| 2005 | Percentages/aantallen | 73.1 | 3.6 | 5.0 |
| 2006 | Percentages/aantallen | 72.6 | 3.6 | 5.0 |
| 2007 | Percentages/aantallen | 72.0 | 3.8 | 5.3 |
| 2008 | Percentages/aantallen | 73.3 | 4.1 | 5.6 |
| 2009 | Percentages/aantallen | 73.9 | 3.8 | 5.1 |
| © Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 24-7-2013 |

CBS (2010), locatie huisartscontact 2000 t/m 2006.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Cijfersoort | Percentages/aantallen |
| Onderwerpen | Medische consumptie |
| Huisarts |
| Locatie huisartscontact |
| Bij de arts | Thuis bij patiënt | Telefonisch | Anders |
| Kenmerken gebruikers | Perioden | *%* |
| Totaal | 2000 | 81.8 | 5.2 | 12.5 | 0.5 |
| 2001 | 82.4 | 4.7 | 12.3 | 0.6 |
| 2002 | 84.4 | 3.4 | 11.5 | 0.7 |
| 2003 | 82.4 | 3.9 | 12.8 | 0.9 |
| 2004 | 84.1 | 3.7 | 11.5 | 0.7 |
| 2005 | 84.8 | 4.0 | 10.1 | 1.0 |
| 2006 | 85.0 | 4.0 | 10.2 | 0.8 |
| 2007 | 83.2 | 3.3 | 12.6 | 0.9 |
| 2008 | 84.1 | 3.3 | 11.6 | 1.0 |
| 2009 | 82.7 | 4.2 | 12.3 | 0.8 |
| © Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 25-7-2013 |
| CBS (2010), doorverwijzing naar specialist, 2000 t/m 2009.

|  |  |
| --- | --- |
| Cijfersoort | Percentages/aantallen |
| Onderwerpen | Medische consumptie |
| Huisarts |
| Soort doorverwijzing bij huisartscontact |
| Verwezen naar: specialist |
| Perioden | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Kenmerken gebruikers | *%* |
| Totaal | 8.7 | 9.7 | 9.5 | 9.9 | 10.1 | 9.3 | 10.3 | 12.3 | 10.8 | 11.0 |
| © Centraal Bureau voor de Statistiek, Den Haag/Heerlen 25-7-2013 |

 |