

Betalen aan de poort?

*De financiële gevolgen van het onderbrengen
van huisartsenzorg bij het eigen risico*

Bachelor thesis

Naam	Aad van 't Hof
Studentennummer	335624
Contactgegevens	335624ah@student.eur.nl
Adres	Hilledijk 200A ² , 3074 GA Rotterdam
Begeleider	Dr. R. van Kleef
Meelezer	P. Bakx

VOORWOORD

Voor u ligt mijn bachelor thesis 'Betalen aan de poort?'. Deze thesis is geschreven in het kader van de afronding van mijn bachelor Beleid en Management in de Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit.

De afgelopen jaren heb ik door mijn opleiding kennis opgedaan over de stijgende zorgkosten en de problemen die hier gepaard mee gaan. Deze thesis handelt over een mogelijke beleidsmaatregel die een besparing in de zorgkosten kan bewerkstelligen, namelijk het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico. Het onderzoek richt zich voornamelijk op de financiële gevolgen van deze maatregel.

Met plezier heb ik aan deze thesis gewerkt en mij zodoende voor een langere periode verdiept in een onderwerp. De afgelopen tijd heb ik ervaring opgedaan met het uitvoeren van een onderzoek. Voor de totstandkoming van dit onderzoek waren de overlegmomenten met mijn begeleider onmisbaar om zodoende de juiste focus vast te blijven houden. Ik ben mijn begeleider, dr. R. van Kleef, dankbaar voor het meedenken tijdens het proces, zijn heldere uitleg en bereidheid om op mijn vragen in te gaan.

Tot slot wens ik iedereen leesplezier die deze thesis ter hand neemt.

Rotterdam, 16 juli 2013

Aad van 't Hof

SAMENVATTING

Doel. Analyse van de financiële gevolgen van het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico op het gebruik van huisartsenzorg en vervolgzorg, in een zorgstelsel waarin de huisarts een poortwachtersrol vervult. Daarnaast een vergelijking van het resultaat met de uitkomst van Van de Ven en Schut (2010).

Opzet. Systematische literatuurstudie in databanken PubMed, MEDLINE en EMBASE met gebruik van de sneeuwbalmethode voor studies over het remgeldeffect bij huisartsenzorg. Voor studies met betrekking tot de zorgkosten is een handmatige zoekstrategie gehanteerd.

Methoden. Stapsgewijs zijn artikelen geïdentificeerd, beoordeeld en samengevat. Met betrekking tot remgeldeffect zijn 1286 studies gevonden, waarvan 7 artikelen zijn geïnccludeerd. Studies zijn beoordeeld op de aanwezigheid van gegevens over de huisarts, kwalitatieve aspecten, type zorgverzekering en eigen betalingen en onderzoekspopulatie. Vervolgens zijn studies beoordeeld op selectie-effecten, simultane veranderingen en latente vraag. In de laatste fase zijn de artikelen aan de hand van de beslisboom van Welte e.a. (2004) gecontextualiseerd en is de mate van relevantie bepaald aan de hand van methodologische, zorgsysteem- en populatiekenmerken. Met betrekking tot zorgkosten zijn 45 artikelen geïdentificeerd, waarvan 4 studies geïnccludeerd zijn.

Resultaten. De 7 studies zijn beoordeeld op bruikbaarheid, waarbij Van Vliet (2004) als meest relevant is beschouwd vanwege de overeenkomende context tussen de studie en de huidige context, en de vrijwaring van methodologische problemen bij de resultaten. Nadeel is de uitvoering van de studie in het oude zorgstelsel. Na correctie voor inflatie- en koopkrachtveranderingen en het gedaalde consulttarief, leidt een eigen risico van € 350 op basis van Van Vliet tot een remgeldeffect bij huisartsenzorg van -10,65%. De kosten voor vervolgzorg waar een verwijzing voor nodig is, wordt in 2013 geschat op € 29.889 miljoen. Op basis van de door Van Vliet berekende prijselasticiteiten is de mate van afhankelijkheid tussen het gebruik van huisartsenzorg en vervolgzorg voor geneesmiddelen geschat op 0,1 en ziekenhuiszorg 0,22. Op basis van andere wetenschappelijke studies is deze mate bij geestelijke gezondheidszorg gelijk verondersteld aan ziekenhuiszorg.

Conclusie. Het totale effect wordt geschat op € 895 miljoen, waarbij € 256 miljoen wordt bespaard op huisartsenzorg en € 693 miljoen op het niet-gebruik maken van vervolgzorg waar een verwijzing voor nodig is. Dit effect valt in de range van € 690 tot € 1.390 miljoen die Van de Ven en Schut (2010) berekenen op basis van een eigen risico van € 165. Zij maken hierin geen onderscheid tussen het primaire en het secundaire effect, corrigeren ook niet voor het gedaalde consulttarief en zij maken de keuze om wel te corrigeren voor de toegenomen zorgvraag, terwijl zorggebruik gerelateerd is aan het inkomen.

SUMMARY

Aim. Analysis of the financial effects of applying deductibles for GP care in a healthcare system where GP's act as gatekeepers on the use of GP care and specialized care where a referral is needed, and also a comparison of the result with the outcome of Van de Ven en Schut (2010).

Design. Systematic literature review in PubMed, MEDLINE and EMBASE and using hand-searching review paper reference lists for studies regarding co-payment effects on GP care. Furthermore manual search strategy for studies with respect to healthcare costs.

Methods. Step by step articles are identified, reviewed and summarized. With respect to co-payment effect 1286 studies were identified whereof 7 were included. Articles were reviewed on presence of data from GP care, qualitative aspects, sort of health insurance and deductibles. Then the studies were assessed on selection-effect, simultaneous changes and latent demand. In de the last phase a decision chart from Welte e.a. (2004) is used for assessing transferability of the articles. Transferability factors can be grouped into areas of methodological, healthcare system and population characteristics. With respect to healthcare costs 45 articles were identified and 4 were included.

Results. After judging the 7 studies, Van Vliets (2004) study is regarded as the most relevant because of the corresponding context between the study and the current context, and the safeguard of methodological problems in the results. It is only harmful that the study is performed in the old Dutch healthcare system. Using the outcomes of Van Vliet, a deductible of € 350 leads to a co-payment effect of -10,65% for GP care, after correction for inflation- and purchasing power changes and consultation fee. The total costs of specialized care where a GP referral is needed, is estimated at € 29,889 billion in 2013. Van Vliet calculated price elasticities for 6 types of care, which are used to estimate the degree of dependence between GP care en specialized care. For pharmacies 0.1 is expected and for hospital care 0.22. On the basis of other scientific articles the same degree of dependence for mental healthcare is expected as hospital care.

Conclusion. The total effect is estimated at € 895 million, where € 256 million is realized by GP care and € 693 million by not-using specialized care where a referral is needed. This effect is in the middle of the calculated range from Van de Ven en Schut (2010), who expected on the basis of a deductible of € 165, a saving from € 690 till € 1.390 million. However, they did not make distinction between primary and secondary effect, they did also not correct for the lower consult fee and they chose to correct for the increased demand for healthcare, while the use of healthcare is related to income.

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord.....	1
Samenvatting	2
Summary.....	2
Hoofdstuk 1 - Inleiding.....	6
§ 1.1 Probleemanalyse	6
§ 1.2 Probleemstelling	7
§ 1.2.1 Hoofdonderzoeksvraag.....	7
§ 1.2.2 Deelvragen	7
§ 1.2.3 Maatschappelijke relevantie	8
§ 1.2.4 Wetenschappelijke relevantie	8
§ 1.3 Theoretisch kader	9
§ 1.3.1 Model vraag naar zorg.....	9
§ 1.3.2 Huisarts als poortwachter	11
§ 1.3.3 Conceptueel model.....	12
§ 1.3.4 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2 - Methoden	14
§ 2.1 Bundelen.....	14
§ 2.2 Analyseren.....	15
§ 2.3 Contextualiseren	17
Hoofdstuk 3 – Literatuurstudie remgeldeffect	18
§ 3.1 RAND experiment	18
§ 3.2 Nederlandse studies	20
§ 3.2.1 Bakker	20
§ 3.2.2 Van Vliet.....	21
§ 3.2.3 Oortwijn e.a.	23
§ 3.2.3 Dijk e.a.	24
§ 3.3 Buitenlandse studies.....	25

§ 3.3.1 België	25
§ 3.3.2 Italië.....	27
§ 3.4 Samenvattend overzicht.....	28
Hoofdstuk 4 – Samenhang huisartsenbezoek en overig zorggebruik en kosten zorg ..	30
§ 4.1 Kosten huisartsenzorg	30
§ 4.2 Samenhang huisartsenbezoek en overig zorggebruik.....	31
§ 4.2.1 Praktische bovengrens Z-waarde	32
§ 4.2.2 Verwachte Z-waarde	32
§ 4.2.3 Herformulering conceptueel model	34
Hoofdstuk 5 – Vergelijking en discussie	35
§ 5.1 Berekening conceptueel model.....	35
§ 5.1.1 Berekening p waarde.....	35
§ 5.1.2 Schatting remgeldeffect.....	36
§ 5.2 Vergelijking	36
§ 5.3 Discussie	38
Hoofdstuk 6 – Conclusie.....	40
§ 6.1 Conclusie deelvragen.....	40
§ 6.1.1 Beantwoording eerste deelvraag	40
§ 6.1.2 Beantwoording tweede deelvraag.....	40
§ 6.1.3 Beantwoording derde deelvraag.....	40
§ 6.1.4 Beantwoording vierde deelvraag	41
§ 6.2 Conclusie hoofdonderzoeksvraag	41
Hoofdstuk 7 – Aanbevelingen.....	42
Literatuurlijst.....	43

HOOFDSTUK 1 - INLEIDING

§ 1.1 Probleemanalyse

Een huisartsenbezoek wordt momenteel betaald vanuit het basispakket van de zorgverzekering en valt niet onder het verplicht eigen risico. Het gaat hierbij om handelingen die de huisarts of zijn vervanger verricht (art. 10 sub a ZVW; art. 2.17 sub b Besluit Zorgverzekering en Zorgverzekering 2012). Het doel van het hanteren van een verplicht eigen risico is het tegengaan van (over)consumptie, het verminderen van de collectieve uitgaven en het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid (Ministerie VWS 2002). Bij een verplicht eigen risico betaalt de patiënt zelf tot een wettelijk vastgesteld bedrag de zorgkosten. In 2013 is dit bedrag vastgesteld op € 350 (art. 19 lid 1 ZVW).

Vanwege toenemende zorgkosten heeft Taskforce Beheersing Zorguitgaven in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om deze kosten te beheersen. Om te stimuleren dat patiënten financiële aspecten laten meewegen in hun keuze om al dan niet een huisarts bezoeken, beveelt de werkgroep aan om huisartsenzorg onder te brengen bij het eigen risico. Hierdoor wordt zelfzorg voor lichtere kwalen gestimuleerd en wordt voorkomen dat patiënten onnodig gebruik maken van eerstelijnszorg (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012). Eerder onderzoek wees namelijk uit dat eigen betalingen kunnen leiden tot afname van zorggebruik (Newhouse 1993). Het is echter onduidelijk welk effect het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico heeft in het huidige Nederlandse zorgstelsel waarbij de huisarts een poortwachtersfunctie vervult. Het doel van deze thesis is om hier inzicht in te geven.

Bij de evaluatie van de zorgverzekeringswet concluderen Van de Ven en Schut (2010) op basis van eerder onderzoek (Van Vliet 2004) dat het remgeldeffect van het eigen risico vergroot kan worden door huisartsenzorg op te nemen bij het eigen risico. De keuze om gebruik te maken van huisartsenzorg is namelijk een persoonlijke keuze die gebaseerd is op de behoefte aan, de neiging, en de mogelijkheid tot zorggebruik (Mackenbach en van der Maas 2008). Daarentegen is de keuze om gebruik te maken van tweedelijnszorg afhankelijk van het advies van de huisarts (Ketelaar e.a. 2009). Deze bevinding kan betekenen dat het effect van het eigen risico bij huisartsenzorg groter kan zijn dan het algemeen gevonden remgeldeffect van het eigen risico voor het basispakket, omdat het keuzemoment van de verzekerde vóór het zorgproces wordt beïnvloed en niet tijdens het zorgproces. Wanneer een verzekerde besluit om geen gebruik te maken van huisartsenzorg, wordt bovendien

geen gebruik gemaakt van tweedelijnszorg. Een eigen bijdrage bij huisartsenzorg heeft daarom een dubbele werking.

De omvang van het remgeldeffect van het eigen risico bij huisartsenzorg in het huidige Nederlandse zorgstelsel is onduidelijk. Van de Ven en Schut (2010) berekenen op basis van de uitkomsten van Van Vliet (2004) een remgeldeffect voor een eigen risico ter hoogte van € 165, waar alle zorgvormen uit het basispakket onder vallen. De auteurs gaan uit van een remgeldeffect van 8%, maar beargumenteren dat dit een onderschatting is van de werkelijkheid, omdat Van Vliet slechts de particulieverzekerden onderzocht, die doorgaans tot de hoge-inkomensgroep behoren en verwacht mag worden dat lage-inkomensgroepen prijsgevoeliger zijn. Afleidend uit tabel 1 (Van de Ven en Schut 2010) verwachten de onderzoekers een remgeldeffect voor huisartsenzorg tussen € 690 en € 1.390 miljoen.

Ze geven echter aan dat de berekening onzekerheden bevat, omdat niet duidelijk is welk deel van het remgeldeffect wordt verklaard door huisartsenzorg of door de poortwachtersfunctie van de huisarts. Het lijkt Van de Ven en Schut aannemelijk dat binnen het geraamde effect 50% wordt verklaard door huisartsenzorg. Deze aanname is eveneens onzeker. Verder kan sprake zijn van een overschatting omdat gebruik is gemaakt van resultaten afkomstig van een studie die uitgevoerd is in het oude Nederlandse zorgstelsel, waar hogere prijzen voor huisartsenzorg golden. Ter vergelijking, in 2002 kostte een huisartsenconsult € 29,60 en in 2013 bedraagt dit € 9. Tenslotte ontbreken volgens de onderzoekers studies over het remgeldeffect waarbij huisartsenzorg niet is opgenomen. Tegen deze achtergrond heb ik de volgende onderzoeksvraag geformuleerd, met als doel een overzicht te geven van de bestaande literatuur over dit onderwerp.

§ 1.2 Probleemstelling

§ 1.2.1 Hoofdonderzoeksvraag

Welke gevolgen heeft het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico op de totale zorgkosten?

§ 1.2.2 Deelvragen

1. Wat is het theoretische verband tussen eigen betalingen en zorggebruik?
2. Hoe kan het effect van eigen betalingen gemeten worden?
3. Welk effect heeft het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico op de kosten van de huisartsenzorg?
4. Welk effect heeft het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico op de kosten van vervolgzorg?

§ 1.2.3 Maatschappelijke relevantie

Ten tijde van kabinet Rutte I liet Minister Schippers in een interview weten dat zij voor invoering van eigen betalingen bij huisartsenzorg was (Jansen en Koops 2011). Coalitiepartner CDA en gedoogpartner PVV waren echter tegen. In 2012 stelde de VVD in het verkiezingsprogramma voor om eigen betalingen bij de huisarts in te voeren. Kabinet Rutte II besloot vervolgens dat patiënten die zich zonder verwijzing melden op de Spoedeisende hulp, een eigen bijdrage moeten betalen (Regeerakkoord 2012).

Het is niet uitgesloten dat in de toekomst ook een vorm van eigen betalingen bij huisartsenzorg wordt ingevoerd. Voor een goede afweging is het van belang dat juiste gegevens over de effecten van eigen betalingen bij huisartsenzorg bekend zijn. Het maatschappelijke doel van dit onderzoek is dan ook het bijdragen aan het publieke debat door middel van een literatuurreview, waarbij de financiële effecten van eigen betalingen bij huisartsenzorg in kaart worden gebracht.

§ 1.2.4 Wetenschappelijke relevantie

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de mogelijke financiële effecten wanneer huisartsenzorg bij het eigen risico wordt ondergebracht, in een zorgstelsel waarbij de huiswachter als poortwachter fungeert.

Voor zover ik weet is een dergelijke analyse nog niet eerder gedaan. Van de Ven en Schut (2010) deden al eerder een studie naar het effect van het eigen risico bij huisartsenzorg, maar de berekening is, zoals beschreven in paragraaf 1.1, gebaseerd op veronderstellingen, waardoor het uiteindelijke effect onzeker is. Zo is de berekening gebaseerd op een eigen risico ter waarde van € 165 en is het effect van huisartsenzorg binnen het totaal geraamde remgeldeffect een schatting op basis van vermoedens.

De meest recente studie naar dit onderwerp onderzocht vraag- en aanbodgeïnduceerde vraag na het wegvallen van een eigen betaling ten tijde van de stelselwijziging in 2006 voor particulier verzekerden (Dijk e.a. 2013). Hierbij is echter niet het gebruik van vervolgzorg onderzocht en het effect van het wegvallen van een eigen bijdrage is mogelijk niet gelijk aan het effect van een invoering van een eigen bijdrage.

Het effect van het toepassen van een eigen risico op huisartsenzorg in een stelsel waarbij de huisarts als poortwachter fungeert, is niet duidelijk onderzocht voor het huidige Nederlandse zorgstelsel. In deze thesis wordt geprobeerd om aan de hand van eerdere onderzoeken, het remgeldeffect van het eigen risico bij huisartsenzorg te bepalen en de mate waarin dit doorwerkt in het gebruik van vervolgzorg.

§ 1.3 Theoretisch kader

Om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is het noodzakelijk om meer te weten over de theoretische relatie tussen eigen betalingen en zorggebruik. Daarnaast is het belangrijk welke rol de huisarts heeft in het Nederlandse zorgstelsel en welke consequenties dit heeft. In het theoretisch kader wordt op deze aspecten ingegaan.

§ 1.3.1 Model vraag naar zorg

Aan het theoretisch verband van eigen betalingen en zorggebruik, gaat een theoretische relatie vooraf die de vraag naar zorg en de daadwerkelijke zorgconsumptie verklaart. Grossman (1972) formuleerde een conceptueel model dat de individuele vraag naar zorg aan de hand van diverse variabelen beschrijft. Het model gaat ervan uit dat de vraag naar gezondheidszorg is afgeleid uit de vraag naar gezondheid, het gebruik van zorg levert de consument zelf immers geen nut, een verbetering van de gezondheid wel. Volgens de theorie zijn patiënten geen passieve consumenten, maar actieve producenten die tijd en geld investeren in de 'productie' van gezondheid. Gezondheid wordt gezien als een investeringsgoed dat minder waard wordt, naarmate men er minder in investeert.

Aan het model gaan de basisassumpties vooraf dat men een beperkt inkomen heeft waarmee meerdere goederen, waaronder gezondheid, gefinancierd moeten worden en dat patiënten een grote mate van controle uitoefenen op hun gezondheid door deze te beïnvloeden door middel van hun eetpatroon, beweging en besluit om al dan niet gebruik te maken van gezondheidszorg. Wanneer de prijs van gezondheidszorg daalt of gesubsidieerd wordt, zal meer geld overblijven voor zorgconsumptie en is het aantrekkelijk om meer gebruik te maken van gezondheidszorg, aangezien het voordeliger is om door middel van gezondheidszorg, gezondheid te beïnvloeden. Deze redenering geldt omgekeerd ook voor prijsverhogingen of eigen betalingen in de zorg. Het nadeel van het model is echter dat het uitgaat van volledige markttransparantie en de afwezigheid van verzekeringen.

Toch is het model van Grossman bepalend geweest voor verdere economische modellen voor de gezondheidszorg. Aan de hand van het model kan gesteld worden dat de individuele vraag naar een goed wordt bepaald door de prijs van het betreffende goed, de prijzen van vergelijkbare goederen, de hoogte van het inkomen, de voorkeuren van het individu en het verwachte nut bij consumptie. De totale marktvaart van zorg bestaat uit de optelsom van alle individuele vraagfuncties. Het uitgangspunt is dat de vraagfunctie van de consument op basis van een rationeel keuzeprocess tot stand komt en de zorgmarkt hierin niet verschilt van andere markten. De micro-economische theorie veronderstelt dat het voortbrengen van goederen en diensten op een volkomen concurrerende markt zal leiden tot lagere

productiekosten en lagere prijzen, of hogere kwaliteit tegen dezelfde prijzen voor dezelfde producten en diensten. Zonder externe verstoringen werkt de markt in het belang van de consument, immers aanbieders met te hoge prijzen worden gestraft door een afnemende vraag: een negatieve prijselasticiteit (Groot en Krabbe 2010). Het model van Grossman voorspelt een negatieve prijselasticiteit op de zorgmarkt, gezondheid wordt immers gezien als een normaal goed, dat noodzakelijk is ter investering voor een goede gezondheid.

Empirische studies tonen echter aan dat de vraag van consumenten op de zorgmarkt inelastisch is (Dranove & Satterhwaite 2000). De zorgmarkt blijkt geen gewone markt te zijn, maar gekarakteriseerd te worden door specifieke kenmerken. Consumenten zien de inkoop van zorg als noodzakelijk en zij hebben een unieke vertrouwensrelatie met een specifieke zorgaanbieder, die wederom gekenmerkt wordt door een grote mate van informatie-asymmetrie. Uit onderzoek is gebleken dat een afname van dit kennisverschil tussen de aanbieder en de vrager leidt tot lagere prijzen op de markt (Pauly & Satterthwaite 1981). Tenslotte is de vraag naar zorg onzeker, omdat niet bekend is in welke mate een bepaalde ziekte zich voordoet. Om de financiële onzekerheid die hieraan verbonden is te minimaliseren, ontstaat de vraag naar ziektekostenverzekeringen. Verzekeren is namelijk een techniek waarbij de financiële gevolgen van mogelijke onzekere voorvallen overgedragen worden van verzekerde aan verzekeraar in ruil voor een premie (art. 7:925 BW).

Het theoretische model van Grossman gaat echter uit van een verzekeringsvrije markt. Aanwezigheid van verzekeringen heeft daarom implicaties voor het model, omdat zonder zorgverzekeringen gezondheidszorg gefinancierd moet worden vanuit een beperkt inkomen. Bij aanwezigheid van zorgverzekeringen is de relevante prijs van zorg gelijk aan nul, tenzij sprake is van een eigen bijdrage (Schut en Doorslaer 2009). Zonder directe geldprijs is de vraag naar zorg echter nog niet oneindig. Zoals Grossman veronderstelt is de vraag naar zorg een afgeleide van de vraag naar gezondheid gebaseerd op nut, waardoor het marginale nut van een zorgconsumptie negatief kan zijn.

Dit neemt niet weg dat door het uitschakelen van het prijsmechanisme moral hazard kan ontstaan; het gebruikmaken of verschaffen van meer of duurdere medische diensten, veroorzaakt door het feit dat de verzekering de kosten vergoedt (Van de Ven 2009). Een manier om moral hazard te voorkomen is het invoeren van een eigen betaling, een remgeld-effect, zodat de zorggebruiker in sterkere mate de prijs van zorg ervaart en de individuele vraagfunctie naar zorg minder verstoord wordt door de aanwezigheid van zorgverzekeringen. Door de introductie van eigen betalingen is de vraag naar gezondheidszorg weer afhankelijk van een (beperkt) inkomen. Gezondheidszorg is namelijk niet meer gratis, maar moet gefinancierd worden vanuit eigen inkomen.

Op basis van de bovenstaande theoretische benadering wordt verwacht dat eigen betalingen leiden tot een afname van het zorggebruik. Meerdere empirische studies hebben deze relatie aangetoond. In het volgende hoofdstuk worden deze studies beschreven. De empirische resultaten kunnen echter niet direct gebruikt worden voor de schatting van het remgeleffect wanneer de huisarts wordt ondergebracht bij het eigen risico, vanwege de specifieke rol van de huisarts als poortwachter in het Nederlandse stelsel.

§ 1.3.2 Huisarts als poortwachter

Een belangrijk kenmerk van het Nederlandse zorgstelsel is de rol van de huisarts als poortwachter die de toegang tot de tweedelijnsvoorzieningen bewaakt (Mackenbach & Van der Maas 2008). In Nederland kan men niet zonder verwijzing van een huisarts gebruik maken van specialistische, tweedelijnszorg.

Dit kenmerk bemoeilijkt het onderzoeken van het effect van het eigen risico bij huisartsenzorg, omdat wetenschappelijke resultaten over deze specifieke casus ontbreken. Veel empirische studies zijn uitgevoerd in situaties waarbij de huisarts geen poortwachter is en waar voor elke zorgvorm eigen betalingen gelden. Mogelijk kan het effect van het eigen risico bij huisartsenzorg afgeleid worden uit resultaten van empirische studies in andere situaties. Het effect is het verschil in zorggebruik tussen de huidige Nederlandse situatie en de mogelijke nieuwe situatie, waarbij zowel voor huisartsenzorg als tweedelijnszorg een eigen betaling geldt. Tabel 1 toont de verschillende relevante situaties voor deze thesis, waarbij het verschil tussen situaties 2 en 3 het verwachte effect is van het eigen risico bij huisartsenzorg.

Tabel 1 Contexten onderzoek naar eigen betalingen

	Huisarts is poortwachter	Eigen betalingen huisarts	Eigen betalingen vervolgzorg
Situatie 1 <i>RAND-experiment</i>	-	✓	✓
Situatie 2 <i>Nederlands zorgstelsel</i>	✓	-	✓
Situatie 3 <i>Nederlands zorgstelsel met eigen risico voor huisarts</i>	✓	✓	✓

In situatie 1 geldt voor elke zorgvorm een eigen betaling en is volledig vrije toegang tot eerste- en tweedelijnszorg. Situatie 2 staat gelijk aan het huidige Nederlandse zorgstelsel. Voor alle zorgvormen, uitgezonderd huisartsenzorg, geldt het eigen risico. Situatie 3 is gedeeltelijk gelijk aan het oude Nederlandse zorgstelsel, waarbij voor particulier verzekerden een eigen bijdrage gold voor huisartsenzorg. Van de Ven en Schut (2010) gebruiken resultaten voor hun schatting afkomstig van onderzoek uitgevoerd in situatie die bijna gelijk

is aan situatie 3. Omdat empirisch onderzoek volledig gelijk aan situatie 3 ontbreekt, is het noodzakelijk om voor deze literatuurstudie een conceptueel model op te stellen, waarin resultaten van gevonden studies gepositioneerd kunnen worden en een effect afgeleid kan worden.

§ 1.3.3 Conceptueel model

Het totale effect (x) staat gelijk aan het remgeldeffect van de patiënt (P) bij huisartsenzorg maal de totale kosten van huisartsenzorg (K_1) plus het remgeldeffect (P) maal de mate waarin het gebruik van vervolgzorg afhangt van een bezoek aan de huisarts (Z) maal de totale kosten van vervolgzorg (K_2). Onder kosten vervolgzorg worden alle ZVW zorgkosten verstaan. Het remgeldeffect is de mate waarin de vraag reageert op de prijs.

De theoretische ondergrens van vervolgzorg wordt benaderd wanneer $Z = 0$, waarbij de veronderstelling is dat het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico geen effect heeft op het gebruik van vervolgzorg. In dit geval wordt de keuze om gebruik te maken van vervolgzorg onafhankelijk genomen van het gelden van het eigen risico bij de huisarts. De theoretische bovengrens van vervolgzorg staat gelijk aan $Z = 1$. In dit geval hangt het gebruik van vervolgzorg volledig af van het bezoek aan de huisarts en is het effect van het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico evenredig aan het effect van het eigen risico bij overig zorggebruik. In Nederland is echter niet voor alle zorgvormen een verwijzing van de huisarts nodig, daarom staat de praktische bovengrens gelijk aan $Z = (1 - \text{zorgvormen waar geen verwijzing voor nodig is})$. In deze thesis zal deze grens de praktische bovengrens genoemd worden.

Het is niet aannemelijk dat het gebruik van vervolgzorg waar een verwijzing voor nodig is volledig afhangt van huisartsenzorg, want als patiënten eenmaal doorverwezen zijn naar de specialist, is een verwijzing voor een herhalingsconsult niet nodig. Verder is het mogelijk dat noodzakelijke zorg uiteindelijk geconsumeerd wordt, omdat patiënten op termijn hun gezondheid geen gevaar laten lopen en eigen betalingen vooral effect zullen hebben op minder noodzakelijk medische zorg (Newhouse 1993, Douven en Ewijk 2013). Ten slotte is de patiënt mondiger geworden en is zij in staat om duidelijk aan te geven wat de wensen zijn, deze patiënt zal zich waarschijnlijk minder laten afschrikken door een eigen betaling bij de huisarts. De afname van het gebruik van vervolgzorg hoeft daarom niet gelijk te zijn aan de afname van het gebruik van huisartsenzorg. Het mogelijke totale effect bevindt zich daarom tussen $Z = 0$ en $Z < 1$.

Het conceptueel model ziet er weergegeven als een formule als volgt uit:

$$x = P * K_1 + P * Z * K_2$$

x = totale effect

P = remgeldeffect patiënt bij huisartsenzorg

K_1 = kosten huisartsenzorg

K_2 = kosten vervolgzorg

Z = mate waarin het gebruik vervolgzorg afhangt van een bezoek aan de huisarts

Het conceptueel model bevat ten opzichte van de schatting van Van de Ven en Schut (2010) vernieuwende elementen. Laatstgenoemde onderzoekers berekenden een totaal effect met behulp van de volgende formule: $x = P * K$, waarbij P het remgeldeffect voor alle zorg weerspiegelt en K alle zorgkosten. Zij hebben het aandeel van huisartsenzorg hierin geschat. Bovenstaande formule berekent het remgeldeffect van huisartsenzorg, waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen het directe en het indirecte effect. Hierdoor kan het partiële effect van huisartsenzorg binnen het totale remgeldeffect verklaard worden en wordt de mate van Z bepaald. Verder zal in deze studie, in tegenstelling tot Van de Ven en Schut (2010), rekening gehouden worden met de prijsdaling van een huisartsenconsult.

§ 1.3.4 Leeswijzer

Resultaten van onderzoeken naar eigen betalingen of naar het eigen risico kunnen gebruikt worden om de componenten uit de bovenstaande formule te beantwoorden, waardoor uiteindelijk het potentiële effect (x) berekend kan worden. Aan de hand van empirische studies naar het effect van eigen betalingen bij de huisarts zal de P waarde geschat worden (hoofdstuk 3). Cijfers van het Vektis of het CBS kunnen mogelijk gebruikt worden voor een schatting van K_1 en K_2 . Tenslotte is in de Zorgverzekeringswet vastgelegd voor welke zorgvormen een verwijzing nodig is van de huisarts. Aan de hand van deze gegevens kan Z bepaald worden (hoofdstuk 4). Met behulp van deze gegevens zal het verwachte remgeldeffect geschat worden (hoofdstuk 5), deze zal vervolgens vergeleken worden met de resultaten van Van de Ven en Schut (2010).

HOOFDSTUK 2 - METHODEN

Door middel van een literatuurstudie zijn relevante onderzoeken geïdentificeerd, beoordeeld en samengevat, om een helder overzicht te geven van de beschikbare literatuur, ten einde antwoord te geven op de hoofdonderzoeksvraag (Kremer e.a. 2007). Ideaaltypisch zou de probleemstelling op kwantitatieve wijze onderzocht worden. Hierbij valt te denken aan een onderzoeksopzet zoals gehanteerd bij het RAND experiment om zo de methodologische problemen bij niet-experimenteel onderzoek naar de effecten van eigen betalingen te voorkomen. Echter, de kosten zouden te hoog zijn, de omvang te groot voor een bachelor thesis en vanuit huidige stand van zaken is de effectiviteit onzeker. Bovendien zijn resultaten van het RAND experiment en vele andere studies over eigen betalingen bekend.

Door in dit onderzoek een aanzet te doen met het combineren van deze resultaten, kunnen mogelijk conclusies getrokken worden met betrekking tot eigen betalingen bij huisartsenzorg. Wanneer dit niet het geval blijkt te zijn, is kwantitatief onderzoek alsnog aan te bevelen. Met kwantitatief onderzoek kunnen nieuwe resultaten verworven worden, terwijl bij een literatuurstudie enkel met bekende resultaten gewerkt kan worden. Daarbij heeft literatuuronderzoek gevolgen voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Er worden namelijk data en resultaten van andere onderzoeken gebruikt, waarbij eerst de validiteit en betrouwbaarheid van die onderzoeken vastgesteld moet worden. Vervolgens moeten ook de opzet en de methoden van dit onderzoek valide en betrouwbaar zijn. Nadere beschrijving van de interne validiteit is beschreven in de paragraaf *vergelijken*.

In dit onderzoek is het lastig om een afgebakend standaard stappenplan te doorlopen, aangezien het geen klinisch geneeskunde onderzoek betreft, maar een gezondheidszorgonderzoek. Het onderwerp is in dit geval minder eenduidig gedefinieerd en gecontextualiseerd (Kremer e.a. 2007). De onderzoeksopzet is daarom uitgewerkt aan de hand van de drie stappen: bundelen (§ 2.1), analyseren (§ 2.2) en contextualiseren (§ 2.3).

§ 2.1 Bundelen

Na goedkeuring van het onderzoeksvoorstel, is gestart met het zoeken naar wetenschappelijke studies over remgeldeffecten in de zorg, specifiek gericht op huisartsenzorg om een inschatting te kunnen maken van P . Figuur 1 geeft een overzicht van de uitkomsten van de databaseanalyse, de gebruikte zoektermen, de in- en exclusiecriteria en de indeling van de opgenomen studies. Er is gezocht naar zowel Engelstalige als Nederlandstalige literatuur, gebruikmakend van de volgende databanken: PubMed; MEDLINE en EMBASE. Verder is gebruik gemaakt van wetenschappelijke (hand)boeken en

de websites van the RAND Corporation en Google Scholar. In de databanken is gezocht met behulp van *textword search*, *subject search*, *index search* en *MeSH Terms*. Aan de hand van verschillende onderwerpen in deze thesis is gezocht op zoektermen. Voor het theoretisch kader is specifiek gezocht op de volgende zoektermen of synoniemen daarvan, met behulp van 'AND' of 'OR': Grossman, demand, health, health outcomes, expenditure, gatekeeper, GP, copayment, insurance, insurer, out-of-pocket payments, RAND experiment en Gatekeeping/statistics & numerical data (*MeSH*).

Voor het remgeldeffect/prijselasticiteit is met behulp van 'AND' of 'OR' gezocht op volgende zoektermen: price elasticity, price sensitivity, elasticity, moral hazard, deductibles en cost sharing in combinatie met: (gp) general practitioner, demand en healthcare. Met *MeSH Terms* is gezocht op: 'health care costs', 'fees en charges' en 'deductibles and coinsurance/economics'. Bovenstaande resulteerde in 1286 beschikbare artikelen. Google Scholar is hierbij buiten beschouwing gelaten.

Voor het zoeken naar artikelen met betrekking tot de kosten van verschillende vormen van zorg in Nederland specifiek gezocht op de volgende zoektermen of synoniemen daarvan, met behulp van 'AND' of 'OR': kosten huisartsenzorg, volksgezondheid toekomst verkenning, nationaal kompas volksgezondheid, expenditures, uitgaven gezondheidszorg. Bovenstaande resulteerde in 45 beschikbare artikelen in de database van PubMed; MEDLINE en EMBASE.

Naast het zoeken via databanken is gebruik gemaakt van de sneeuwbalmethode. Door middel van verwijzingen van auteurs zijn andere artikelen of studies gevonden. Via zowel Google Scholar als Pubmed was het mogelijk artikelen te zoeken die andere artikelen hadden geciteerd. Via PubMed is aan de hand van deze artikelen met behulp van *MeSH Terms* op gestandaardiseerde trefwoorden gezocht. Dit leverde nog 25 artikelen op. Totaal zijn 1356 artikelen geïdentificeerd. Met behulp van het programma *Endnote* konden 903 dubbel geïndiceerde artikelen elektronisch verwijderd worden.

§ 2.2 Analyseren

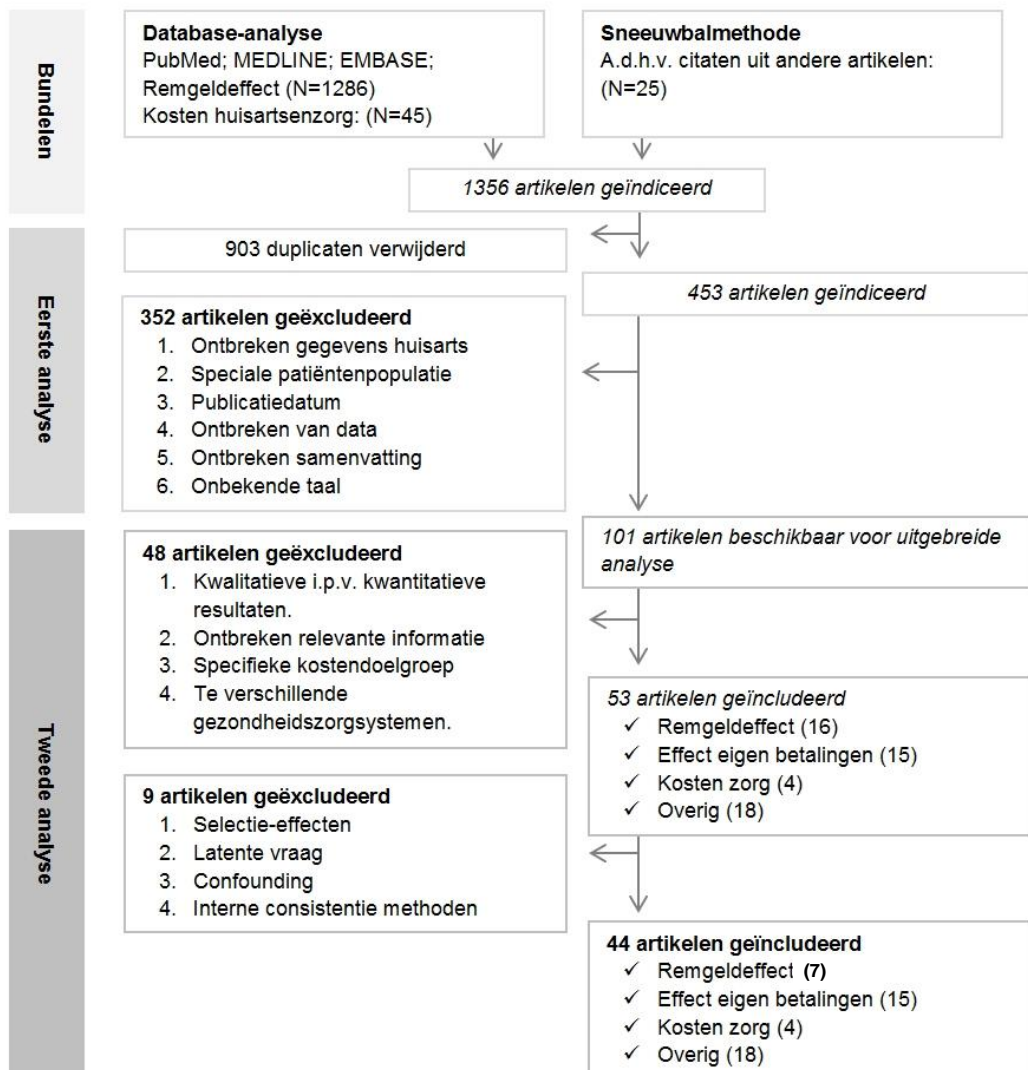
Om een goed overzicht te geven van meerdere wetenschappelijke studies die betrekking hebben op eigen betalingen bij huisartsenzorg zijn studies geanalyseerd om de kwaliteit en de beperkingen te bepalen.

Een voorlopige selectie is gemaakt op basis van de titels en de samenvattingen van de studies. Studies zijn beoordeeld op (1) aanwezigheid gegevens huisarts (2) kwalitatieve aspecten, zoals datum van publicatie, op (3) ziektekostenverzekering en type eigen betalingen en (4) onderzoekspopulatie. Daarnaast zijn enkele artikelen niet geïnccludeerd,

omdat de samenvatting ontbrak, geen kwantitatieve onderbouwende gegevens aanwezig waren of omdat de taal onbekend was.

Een tweede selectie is gemaakt op basis de interne validiteit. Hierbij is gelet op het al dan niet voorkomen van de volgende methodologische problemen bij onderzoek naar de effecten eigen betalingen: (1) *Selectie-effecten*: bij vergelijking van meerdere groepen met een verschillende verzekeringsvorm kan selectie op basis van gezondheidstoestand hebben plaatsgevonden. (2) *Simultane veranderingen*: bij het vergelijken van een groep op basis van voor en na een wijziging met eigen betalingen, kan de zuiverheid van de schatting van het verzekeringseffect ongunstig worden beïnvloed door gelijktijdige veranderingen in andere afhankelijke factoren. (3) *Latente vraag*: een flinke verlaging van de eigen betalingen kan leiden tot overmatig gebruik van de gezondheidszorg met als gevolg wachtlijsten of tariefstijging. Uit eerder onderzoek is gebleken dat de vraag naar zorg bij invoering van een verzekering toeneemt (Newhouse 1993). Er wordt dan niet voldaan aan de werkelijke vraag naar zorg. (4) *Ontbreken relevante informatie*: een veel voorkomend probleem is het ontbreken van relevante informatie (Van de Ven 2009). Daarnaast is gelet op confounding en het hanteren van het juiste meetinstrument. Bij een lage interne validiteit is het onderzoek niet geïncludeerd.

Figuur 1



§ 2.3 Contextualiseren

In de laatste fase van het stappenplan zijn de resultaten van de onderzochte wetenschappelijke artikelen gecontextualiseerd naar een zorgstelsel waarbij de huisarts de functie van poortwachter vervult. De vertaalbaarheid van resultaten wordt vergroot wanneer de kenmerken van het zorgstelsel waarin het onderzoek is uitgevoerd, zoveel mogelijk overeenkomen met het Nederlandse zorgstelsel. Belangrijke kenmerken zijn de vorm van de eigen betalingen en de functie van poortwachter. Vanwege de diversiteit aan zorgsystemen in verschillende landen ontbreken objectieve en generaliseerbare voorwaarden om de vertaalbaarheid van resultaten vast te stellen. Het beoordelen van de *transferability* van resultaten naar een ander land blijft tot op zekere hoogte subjectief en moet heel zorgvuldig gebeuren (Rutten – van Mólken e.a. 2010). Deze zorgvuldigheid is gedeeltelijk gewaarborgd door gebruik te maken van een beslisboom geformuleerd door Welte e.a. (2004), waarbij voor verschillende factoren vastgesteld is in welke mate de factor (1) relevant is voor de onderzochte interventie en (2) in het onderzochte land overeenkomt met het te vergelijken land. De mate van relevantie wordt bepaald aan de hand van methodologische, zorgsysteem- en populatiekenmerken. Elk van deze hoofdfactoren is onderverdeeld in subfactoren. De contextualisering van de onderzoeken is in hoofdstuk 3 afzonderlijk voor elk onderzoek beschreven, waarbij de mate van relevantie is aangegeven. Hierbij is voor elk onderzoek beschreven in hoeverre de context van het onderzoek overeenkomt met de context van dit onderzoek en in hoeverre de resultaten van de onderzoeken elkaar ondersteunen.

HOOFDSTUK 3 – LITERATUURSTUDIE REMGELDEFFECT

Dit hoofdstuk beschrijft het remgeldeffect waarbij door middel van literatuuronderzoek geprobeerd wordt een plausibele indicatie te verkrijgen van P . Na uitgebreide analyse zijn zestien onderzoeken geïnccludeerd. Bij nadere analyse zijn uiteindelijk zeven artikelen geïnccludeerd, omdat de overige onderzoeken door het gekozen onderzoekdesign niet gevrijwaard waren van selectie-effecten, confounding of latente vraag. In een eerdere fase vielen onderzoeken af vanwege het ontbreken van relevante informatie, een verkeerde presentatie van de resultaten of een te specifieke kostengroep. De geselecteerde studies zullen op dezelfde wijze besproken worden, waarbij achtereenvolgens het volgende benoemd wordt: doel, data, context, uitkomsten, kanttekeningen en bruikbaarheid van de studie. Deze uitgebreide beschrijving is noodzakelijk omdat van elke studie de *transferability* bepaald moet worden. De mate waarin de context van het uitgevoerde onderzoek overeenkomt met het huidige Nederlandse zorgstelsel, is bepalend voor bruikbaarheid van de onderzoeken. De relevantie is beoordeeld aan de hand van de beslisboom van Welte e.a. (2004) waarin drie hoofdfactoren worden benoemd die bepalend zijn, namelijk methodologische, zorgsysteem- en populatiekenmerken.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd: allereerst wordt een belangrijk onderzoek inzake eigen betalingen, het RAND experiment, belicht (§ 3.1). Vervolgens zullen de resultaten van zowel binnenlandse (§ 3.2) als buitenlandse (§ 3.3) studies weergegeven worden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een op bruikbaarheid gesorteerd overzicht van alle behandelde studies (§ 3.4).

§ 3.1 RAND experiment

In het verleden zijn meerdere onderzoeken uitgevoerd om het remgeldeffect van eigen betalingen te schatten. Hierbij kunnen echter methodologische problemen voorkomen die de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten bemoeilijken. Bij het RAND zorgverzekeringsexperiment is rekening gehouden met deze problematiek (Newhouse 1993). Het onderzoek is uitgevoerd door de RAND Corporation in de tijdsperiode 1974-1982. 7700 personen onder de 62 jaar namen deel aan het experiment en kregen een ziektekostenverzekering zonder premie aangeboden waarmee bijna alle medische hulp vergoed werd. Ze kregen om selectie-effecten te voorkomen aselect één van de 15 verschillende polisvormen toegewezen. Deze polissen varieerde onderling van procentuele bijbetaling en jaarlijks maximum aan eigen betalingen. Het experiment was dusdanig

opgezet dat geen van de deelnemers financiële schade zou lijden om hiermee vroegtijdige uitval of onverzekerbaarheid te voorkomen.

Het experiment wees uit dat de totale ziektekosten in geval van een volledige verzekering 45% hoger waren dan in het geval van een hoog eigen risico. Algemeen concluderend leiden eigen betalingen tot een verminderd gebruik van medische zorg en tot lagere ziektekosten, waarbij voornamelijk de consumptie van minder noodzakelijke zorg afneemt en de gezondheid van verzekerden niet vermindert. Aan de hand van de resultaten wordt geschat dat de prijselasticiteit van de vraag naar zorg tussen -0.17 en -0.22 ligt.

Onderzoekers plaatsen enkele kanttekeningen bij het RAND experiment. Volgens Welch e.a. (1987) zijn rapporten van de RAND Corporation niet vrij van duidelijke bevooroordeelings en bevatten zij bias in de presentatie van de resultaten. Andere wetenschappers plaatsen kanttekeningen bij de interpretatie van de resultaten (Bakker 1997; Graeve en Jegers 2000). In tegenstelling tot de werkelijkheid, zijn in het experiment alle overige factoren constant gehouden om zo het partiële effect van eigen betalingen op de vraag naar zorg te onderzoeken. Verder zijn de inkomens van de zorgverleners gevrijwaard van nadelige effecten. In werkelijkheid is een arts zich ervan bewust dat hogere eigen betalingen kunnen leiden tot een afname van de zorgconsumptie en kan aanbodgeïnduceerde vraag optreden, waardoor prijsgevoeligheid bij de patiënt zich in mindere mate zal voordoen. Ten slotte waren de deelnemers jonger dan 62 jaar, terwijl vanaf het 65^e levensjaar de zorgkosten exponentieel stijgen (Mulder 2012).

Ondanks de kanttekeningen bij het RAND experiment worden de resultaten als bruikbaar en meest betrouwbaar gezien, aangezien eerder genoemde methodologische problemen zijn voorkomen (Schut en Rutten 2009).

De gevonden prijselasticiteiten in het RAND experiment zijn echter niet volledig vertaalbaar naar de Nederlandse situatie, omdat het onderzoek is uitgevoerd in het Amerikaanse zorgsysteem. Een belangrijk onderscheid is de rol van de huisarts als poortwachter. Met de uitkomsten van het RAND experiment kan geen directe relatie gelegd worden tussen eigen betalingen en een afnemend gebruik van een huisarts die een poortwachtersfunctie vervult, aangezien de keuze om al dan niet gebruik te maken van zorg in een ander stadium van het zorgproces wordt genomen (Ros e.a. 2000). Ook zijn de gevraagde eigen betalingen tijdens het RAND experiment aanmerkelijk hoger dan de eigen bijdragen in Nederland.

Wel geven de resultaten een indicatie van het totale effect bij onderbrenging van huisartsenzorg bij het eigen risico. Het bleek namelijk dat een eigen bijdrage van 25% voor poliklinische zorg, waaronder ook huisartsenzorg, leidde tot een remgeldeffect van 37%

(Manning e.a. 1987). De gevonden effecten zijn gedeeltelijk vergelijkbaar, omdat alle poliklinische bezoeken in het experiment mogelijk waren zonder een doorverwijzing van de huisarts, waardoor de patiënt op deze zorgvormen de meeste invloed had. Ten slotte zijn de uitkomsten van het experiment in lijn met de algemene uitkomsten van latere Nederlandse studies (Van Vliet 2004).

Hoewel het gevonden remgeldeffect niet volledig vertaalbaar is naar de huidige Nederlandse gezondheidszorgsituatie, is het experiment van groot belang geweest voor verdere studies naar prijselasticiteiten in de zorg. Cutler (2002) maakte een overzicht van deze studies. De uiteindelijke, in de wetenschap gehanteerde, schatting van de prijselasticiteit van de vraag naar zorg komt volgens Cutler neer op -0.2. Deze waarde komt overeen met het gevonden resultaat in het RAND experiment. Naast buitenlandse studies hebben ook diverse Nederlandse studies de resultaten als richtlijn gebruikt voor nader onderzoek.

§ 3.2 Nederlandse studies

§ 3.2.1 Bakker

Bakker (1997) onderzocht het effect van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen, waarin hij onderscheid maakte tussen het afzonderlijke effect van de kostendeling, het remgeldeffect, de invloed van administratiekosten en antiselectie. Zijn data omvat de uitkomst van een gezondheidsenquête die in 1993 werd afgenomen onder circa 15.000 verzekerden en een cohortbestand met daarin de (medische) gegevens van 50.000 verzekerden. Ook gebruikte hij uitkomsten van het RAND experiment (Keeler e.a.1998). Op basis van diverse Nederlandse studies komt Bakker tot de conclusie dat de vorm van eigen betalingen vooral effect heeft op het wel of niet optreden van een ziekte-episode en nauwelijks op de ziektekosten tijdens een ziekte-episode.

De onderzoeker stelde op basis van het remgeldeffect van het RAND experiment een formule op waarmee de verwachte ziektekosten te bepalen zijn als functie van het bedrag aan eigen risico geldend voor het basispakket met daarin huisartsenzorg, enkel rekening houdend met het remgeldeffect. Met behulp van deze formule kan het verwachte remgeldeffect voor elk bedrag aan eigen risico berekend worden en kan bij een gelijkblijvend maximum aan eigen betalingen, rekening worden gehouden met kostenveranderingen. Tabel 2 toont de resultaten van een eigen risico voor alle zorgvormen uit het basispakket. Een belangrijke conclusie van zijn onderzoek is dat het absolute remgeldeffect het eigen risico kan overstijgen tot aan een bedrag van 500 gulden.

Tabel 2 Geschatte ziektekosten en remgeldeffecten per persoon per individueel eigen risico

Eigen risico p.p.	Verwachte ziektekosten p.p.	Remgeldeffect (absoluut)	Remgeldeffect t.o.v. geen eigen risico
0	1800	0	0
300	1337	463	25,7 %
400	1311	489	27,2 %
500	1292	508	28,2 %
600	1275	525	29,2 %
700	1262	538	29,9 %
800	1251	549	30,5 %
900	1241	559	31,6 %

De bruikbaarheid van de resultaten wordt beperkt, omdat Bakker (1997) voor de berekening van het effect een simulatiemodel van Keeler e.a. (1988) en de resultaten van het RAND experiment gebruikt. In de vorige paragraaf werden al enkele knelpunten genoemd die de bruikbaarheid van de resultaten van het RAND experiment verminderen. Het experiment is gedateerd en prijzen en productiviteit van zorg zijn veranderd. Ook zijn de populatiekenmerken veranderd, patiënten hebben bijvoorbeeld een consumentenrol gekregen, waardoor de behoefte naar zorg is gewijzigd (Groenewegen e.a. 2007).

Het toepassen van de remgeldeffecten van Bakker (1997) op de Nederlandse zorg is niet zomaar mogelijk, aangezien beide systemen op meerdere punten verschillen. Het belangrijkste verschil is het functioneren van de huisarts als poortwachter. Hoewel Bakker een algemeen effect vindt, waar huisartsenzorg ook onder valt, is het moeilijk te bepalen in welke mate gecorrigeerd moet worden voor deze verschillen, waardoor de uitkomsten minder relevant zijn voor het berekenen van het uiteindelijke remgeldeffect.

§ 3.2.2 Van Vliet

Van Vliet (2004) heeft in Nederland belangrijk onderzoek verricht naar het effect van het eigen risico op de jaarlijkse zorgkosten, waarbij hij de prijsgevoeligheid van de vraag naar zorg schatte door het verband tussen het eigen risico en de uitgaven te analyseren. Hierbij maakte hij onderscheid tussen zes zorgvormen, namelijk huisartsenzorg, fysiotherapie, geneesmiddelen, medisch specialisten, ziekenhuiszorg en overige zorg. In zijn onderzoek hield hij voor zover mogelijk rekening met de methodologische problemen door gebruik te maken van een databestand met gegevens van particulier verzekerden en hun ziekenhuis- en medicijnkosten uit de jaren 1993-1995. De laatste gegevens waren belangrijk omdat deze correctie voor antiselectie mogelijk maakte. Het onderzoek is uitgevoerd in een zorgsysteem waarin de huisarts de rol van poortwachter vervuld.

Van Vliet concludeert dat een eigen risico hoger dan 200 gulden leidt tot een daling in het gebruik van niet-klinische zorg. Eigen risico's lager dan 200 gulden lijken geen effect te hebben. Verzekerden met een eigen risico tussen de 200 en 2000 gulden hebben gemiddeld 14% lagere zorgkosten dan verzekerden zonder een eigen risico. Het effect van het eigen risico heeft vooral betrekking op fysiotherapie en huisartsenzorg en niet op ziekenhuiszorg, omdat verzekerden door het poortwachtersstelsel op het gebruik van deze zorgvormen de meeste inspraak hebben. Tabel 3 geeft voor de zes zorgvormen de elasticiteiten weer. Tabel 4 toont de kostenreductie per zorgvorm en per hoogte van eigen risico als percentage van de verwachte uitgaven.

Tabel 3 *Elasticiteiten*

Zorgvorm	Elasticiteit
Huisarts	- 0.40
Fysiotherapie	- 0.32
Geneesmiddelen	- 0.08
medisch specialist	- 0.12
Ziekenhuis	- 0.04
overige zorg	- 0.21
Totaal	- 0.14

Tabel 4 *Impact eigen risico huisartsenzorg*

Eigen risico in guldens	Procent
0 – 100	0.7
101 - 350	- 0.1
351 – 750	- 27.3
751 – 1250	- 36.0
1251 – 1750	- 41.7

Schut en Rutten (2009) achten de resultaten van het onderzoek van waarde in hun handboek. Echter, enkele kenmerken van het onderzoek bemoeilijken de interpretatie voor dit onderzoek. Allereerst is het onderzoek uitgevoerd in het oude Nederlandse zorgstelsel waarin onderscheid was tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden. Deelname aan het ziekenfonds was mogelijk tot een wettelijk gestelde loongrens, daarboven kon men zich particulier verzekeren. Enerzijds is Van Vliets onderzoekspopulatie daardoor geen afspiegeling van de Nederlandse bevolking. Anderzijds lijkt de pakketsamenstelling van de particuliere verzekering meer op de huidige basisverzekering dan het ziekenfonds, waardoor de resultaten juist bruikbaar zijn.

Het gevonden effect is zeer relevant voor deze studie, omdat de context van het onderzoek het meest identiek is aan het zorgstelsel van dit onderzoek; de huisarts valt immers onder het eigen risico en vervult de functie van poortwachter. Hierdoor wordt de vertaalbaarheid van de resultaten vergroot. Daarbij is rekening gehouden met de methodologische problemen. Echter, de studie is uitgevoerd in het oude Nederlandse zorgstelsel waardoor de vertaalbaarheid op elke hoofdfactor (Welte e.a. 2004) wordt beperkt. Ook onderzocht hij enkel particulier verzekerden. Verder wordt de bruikbaarheid beperkt door verschillen in prijs voor een huisartsenbezoek en het veranderde zorgstelsel in 2006. De uitkomsten van Van

Vliet worden als leidend beschouwd bij de schatting van P , waarbij onderzocht wordt in hoeverre de resultaten van de andere studies deze bevestigen of ontkrachten.

§ 3.2.3 Oortwijn e.a.

In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deed ECORYS onderzoek naar het verplicht eigen risico voor alle verzekerden in Nederland (Oortwijn e.a. 2012). In 2008 is het eigen risico als vervanging van de no-claim regeling ingevoerd. In de studie wordt het effect van een eigen risico op zorggebruik en de financiële gevolgen van een eigen risico onderzocht. Op basis van quasi-experimenteel onderzoek, de *difference-in-difference methode*, berekenen zij het effect van het eigen risico. De groep 0 – 18 jarigen is uitgesloten van eigen betalingen en kan als controlegroep dienen. De verzekerden die 17 jaar oud was in 2007 en 18 jaar oud in 2008 hebben de onderzoekers gedefinieerd als behandelingsgroep.

Aan het onderzoek liggen twee aannames ten grondslag, namelijk dat de ontwikkeling van de zorgkosten in zowel de controlegroep als de behandelingsgroep vergelijkbaar is en dat geen andere factoren de verschillen in de zorgkosten tussen beide groepen verklaren.

Om de resultaten van het onderzoek te generaliseren naar de gehele bevolking, hebben de onderzoekers de uitkomsten geëxtrapoleerd. Ze berekenden een gedragseffect tussen -2.6 en -7.3 procentpunt, wat een zorgmijding tussen € 275 en € 772 miljoen teweegbrengt. De uitkomsten van het gedragseffect van huisartsenzorg bij verzekerden tussen de 15 en 24 jaar ligt tussen -1,1 en -3,8 procentpunt. Dit negatieve gedragseffect lijkt op voorhand vreemd, aangezien huisartsenzorg is uitgesloten van eigen betalingen. Verzekerden mijden mogelijk de huisarts om consumptie van tweedelijnszorg te voorkomen en verzekerden zijn niet goed geïnformeerd over de onder het eigen risico vallende zorgvormen (Van der Maat en De Jong 2010).

Oortwijn e.a. (2012) noemen in hun conclusie diverse onzekerheden aangaande hun onderzoek. Allereerst wordt mogelijk het verplicht eigen risico van jongeren door hun ouders betaald waardoor een gedragseffect uitblijft. Verder zijn gezonde mensen gevoeliger voor prijsprikkels dan ongezonde mensen, jongeren zijn over het algemeen gezonder. Een deel van het gevonden effect kan veroorzaakt zijn door het vrijwillig eigen risico. Ook verschillen de hoogten van het eigen risico ten tijde van het onderzoek in 2008 en nu in 2013. Ten slotte is alleen geëxtrapoleerd voor de totale zorg en niet afzonderlijk voor huisartsenzorg, waardoor deze resultaten niet representatief zijn.

De resultaten van het onderzoek zijn gedeeltelijk bruikbaar voor dit onderzoek. De context komt overeen met de huidige Nederlandse situatie, waarbij huisartsenzorg niet onder het eigen risico valt. Dit kenmerk is echter bepalend, waardoor de contextualisering van de resultaten wordt bemoeilijkt. Daarentegen tonen de uitkomsten aan dat, ondanks dat huisartsenzorg niet is opgenomen bij het eigen risico, er wel een remgeldeffect optreedt. Het effect van het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico kan daarom lager uitvallen, omdat al een remgeldeffect optreedt.

§ 3.2.3 *Dijk e.a.*

Recent is een studie naar vraag- en aanbodgestuurd gebruik van huisartsenzorg verricht (Dijk e.a. 2013). De onderzoekers bestudeerden het effect van veranderingen in het betalingssysteem bij huisartsen, het effect daarvan op het gebruik van huisartsenzorg en de mate van patiënt- of artsgeïnitieerde bezoeken.

Dit onderzoek was mogelijk omdat in 2006 een nieuw zorgstelsel is ingevoerd. Het oude zorgstelsel kende het ziekenfonds en de particuliere verzekering, waarbij ziekenfondsverzekerden kosteloos toegang hadden tot de huisarts en particulierverzekerden hiervoor een eigen bijdrage betaalden. Met de invoering van het nieuwe stelsel konden particulierverzekerden ook kosteloos gebruik maken van huisartsenzorg. Dit onderscheid maakt onderzoek naar eigen betalingen mogelijk, rekening houdend met de methodologische problemen. De onderzoekers gebruikten hiervoor gegevens uit de elektronische patiëntendossiers van huisartsen uit de jaren 2005-2007.

De onderzoekers vonden zowel bij ziekenfonds- als bij particulierverzekerden een toename van patiëntgeïnitieerde huisartsenbezoeken met 7%. Na correctie voor diverse kenmerken, zoals zorgbehoefte, leeftijd en nationaliteit, blijkt dat alleen particulierverzekerden boven de 65 jaar significant meer huisartsenbezoeken afleggen (Dijk e.a. 2013).

Op voorhand werd een toename in het gebruik van huisartsenzorg bij de particulierverzekerden verwacht. De onderzoekers vermoeden dat de prijs van een huisartsenbezoek ten tijde van het oude zorgstelsel te laag zou zijn geweest voor de particulierverzekerden om ex post moral hazard te voorkomen. Deze kosten bedroegen namelijk €24,80 per consult.

In de studie wordt geen melding gemaakt van het verschil in kenmerken tussen ziekenfonds- en particulierverzekerden. Laatstgenoemden hadden een hoger inkomen dan ziekenfondsverzekerden. Verondersteld wordt dat ziekenfondsverzekerden prijsgevoeliger zijn dan particulierverzekerden (Van Vliet 2004). Door de gehanteerde onderzoekopzet kan dit niet onderzocht worden. Aangezien de data van het onderzoek tot anderhalf jaar na de

wijziging strekt, is het niet mogelijk om lange termijneffecten van de stelselwijziging te onderzoeken. Van Dijk e.a. (2013) noemen zelf dat het voor huisartsen pas in 2006 noodzakelijk werd om elk bezoek te registreren voor de ontvangst van vergoedingen, het is mogelijk dat in het oude stelsel meer bezoeken zijn afgelegd dan zijn geregistreerd.

Het ontbreken van kwantitatieve gegevens in de conclusie, bemoeilijkt de bruikbaarheid van het onderzoek. Deze resultaten zijn namelijk nodig voor het berekenen van het conceptueel model. Daarnaast is onduidelijk of resultaten van onderzoek naar afschaffing van eigen betalingen, gelijk zijn aan onderzoek naar invoering van eigen betalingen.

Wel tonen de resultaten een overschatting aan van het verwachte effect van het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico. De invoering van een abonnementssysteem (capitation) met een consulttarief (fee-for-service) leidde bij ziekenfondsverzekerden, ten opzichte van particulierverzekerden, tot een stijging van 5,3% van de artsgeïnitieerde bezoeken (Dijk e.a. 2013). De stijging wordt mogelijk verklaard doordat huisartsen bij een consulttarief direct invloed hebben op hun eigen inkomen en een daling kunnen compenseren door artsgeïnitieerde bezoeken. Het verwachte effect van Van Vliet bij onderbrenging van huisartsenzorg bij het eigen risico kan een overschatting van de werkelijkheid zijn, aangezien mogelijk aanbodgeïnduceerde vraag zal optreden bij daling van het artseninkomen.

§ 3.3 Buitenlandse studies

Naast Nederlandse studies zijn ook buitenlandse studies verricht naar eigen betalingen bij huisartsenzorg. Nadeel is de generaliseerbaarheid van de resultaten naar het Nederlandse zorgsysteem. De gevonden effecten kunnen namelijk het gevolg zijn van verschillen tussen de zorgsystemen. Niettemin kunnen de resultaten relevant zijn en de uitkomsten van Nederlandse studies bevestigen.

§ 3.3.1 België

Voorde, Doorslaer en Schokkaert (2001) onderzochten in België de effecten van eigen betalingen onder invloed van aanbodgestuurde vraag in niet-experimentele context. Het Belgische zorgsysteem bood hiervoor de mogelijkheid omdat sinds 1994 de hoogte van eigen betalingen meerdere malen is veranderd. Het zorgsysteem kent twee belangrijke verzekeringen: een particuliere verzekering en het ziekenfonds. Het onderzoek richt zich op het ziekenfonds. Zorg wordt privaat aangeboden in een door de overheid gereguleerde omgeving. Patiënten hebben direct toegang tot de huisarts en tot tweedelijnszorg. De vergoeding van huisartsen is op basis van een fee-for-service systeem met eigen betalingen.

Patiënten betalen deze vergoeding, maar kunnen via hun ziekenfonds een vastgesteld bedrag terugkrijgen. De vergoeding verschilt per type zorg en status van de verzekerde.

De data is afkomstig van 100 lokale ziekenfondsen die verenigd zijn in vijf verenigingen en 45% van de Belgische bevolking beslaat. In het onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen drie zorgvormen: thuisvisite van de huisarts, bezoek aan de huisarts of bezoek van een specialist bij de huisarts. Voor deze drie vormen gelden diverse eigen betalingen.

De onderzoekers verwachten voor elke zorgvorm een negatieve prijselasticiteit, een hogere prijs sensitiviteit voor de groepen die minder zorg gebruiken en een hogere prijs sensitiviteit voor huisartsenbezoeken dan specialistenbezoeken. Op basis van twee methoden komen de onderzoekers tot prijselasticiteiten voor de drie zorgvormen per status van de patiënt. De gemiddelde resultaten weergegeven in tabel 5.

Tabel 5 Elasticiteiten geschat op basis van twee methoden

Zorgvorm	Elasticiteit	
	<i>Model 1</i>	<i>Model 2</i>
Thuisbezoek van de huisarts	- 0.39	- 0.28
Bezoek aan de huisarts	- 0.16	- 0.12
Specialistenbezoek	- 0.10	- 0.10

De onderzoekers vinden een hoge negatieve prijselasticiteit voor het grootste gedeelte van de bevolking. Verder blijkt, in overeenstemming met de resultaten van het RAND experiment, dat patiënten met een slechtere gezondheid minder prijsgevoelig zijn dan mensen met een goede gezondheid. Daarnaast zijn patiënten prijsgevoeliger voor huisartsenbezoeken dan voor specialistenbezoeken.

Hoewel de prijselasticiteiten van de thuisbezoeken van de huisartsen overeenkomen met de studie van Van Vliet (2004), zijn de resultaten niet direct toepasbaar op de Nederlandse situatie. Het Belgische gezondheidszorgsysteem verschilt namelijk op een aantal punten.

Allereerst heeft de huisarts in Nederland een poortwachtersfunctie, in België hebben verzekerden direct toegang tot de specialist. Verder is de eigen bijdrage in vergelijking met Nederland relatief hoog. Een hogere prijs zorgt voor een grotere prijsgevoeligheid (Manning e.a. 1987). Het remgeldeffect kan daarom in Nederland lager zijn, aangezien een huisartsenconsult € 9 kost. De lagere prijselasticiteit in België voor huisartsenbezoeken is mogelijk te wijten aan de vrije toegang tot specialisten.

De door Van Vliet berekende elasticiteit is elastischer, waardoor een groter effect van eigen betalingen verwacht wordt. Dit is te verklaren doordat patiënten in de studie van Van

Vliet op huisartsenzorg de grootste invloed hebben. Hoewel patiënten nog steeds prijsgevoelig zijn voor huisartsenzorg, is de keuze om naar een specialist te gaan gelijk aan de keuze om gebruik te maken van de huisarts.

§ 3.3.2 Italië

Om de toenemende zorguitgaven in Italië te beheersen, onderzochten Fabbri & Monfardini (2009) de effectiviteit van een eigen bijdrage en administratieve wachttijd voor diverse vormen van zorg. De resultaten met betrekking tot de huisarts zijn voornamelijk interessant voor dit onderzoek.

Het onderzoek is uitgevoerd in de Italian National Health Service, een universeel systeem met een uitgebreide verzekering en uniforme gezondheidszorg voor de gehele bevolking. Het wordt voornamelijk gefinancierd vanuit algemene belastingen. Voor huisartsbezoeken geldt geen eigen bijdrage, wel voor publieke- en specialistenbezoeken. Huisartsen fungeren als poortwachter en een verwijzing van hen is noodzakelijk voor toegang tot publieke tweedelijnszorg of gecontracteerde private tweedelijnszorg. Verzekerden kunnen zonder doorverwijzing ook terecht bij private zorginstellingen. De data van het onderzoek is afkomstig van een nationaal huishoudelijke enquête en bevat gegevens van ongeveer 140.000 verzekerden.

De onderzoekers concluderen dat in de publieke sector de verzekerden worden ontmoedigd door lange wachttijden en hoge eigen bijdragen en daarom gebruik maken van private zorg en dat verzekerden in de publieke zorg prijsgevoeliger zijn dan wachttijdgevoeliger. Met betrekking tot huisartsenzorg kan dan geconcludeerd worden dat mensen zich meer laten leiden door prijzen dan door wachttijden. Fabbri & Monfardini (2009) schatten de prijselasticiteit van huisartsenzorg tussen de -0,026 en -0,046. Het zijn twee waarden omdat zowel verzekerden die private als publieke specialistenzorg consumeren, gebruik maken van huisartsen.

Bij het contextualiseren is gebleken dat de resultaten van dit onderzoek in mindere mate bruikbaar zijn voor dit onderzoek. Enkel relevant is de overeenkomst van het functioneren van huisartsen als poortwachters en de vrijwaring van eigen betalingen bij deze zorgvorm.

Daarentegen valt tweedelijnszorg in Nederland onder het eigen risico en betaalt de verzekerde tot aan een wettelijk vastgesteld bedrag zelf de kosten. Verder is het Nederlandse zorgsysteem volgens het Bismarckmodel ingericht, een zorgsysteem dat wordt gefinancierd vanuit premies. De vorm van eigen betalingen verschilt ook, immers in Nederland kent men alleen een eigen risico. De onderzoekers geven aan dat het Italiaanse zorgsysteem vrij gefragmenteerd is en dat diverse aannames gemaakt zijn in het

econometristische model. Al deze factoren verkleinen de generaliseerbaarheid van de resultaten naar de Nederlandse situatie.

§ 3.4 Samenvattend overzicht

Op basis van de resultaten van de besproken onderzoeken zal in hoofdstuk 5 een inschatting van P worden gemaakt. Een overzicht van de resultaten is zichtbaar in tabel 6. Hierbij zijn de onderzoeken op bruikbaarheid gesorteerd, waarbij de rangorde is gebaseerd op de beschouwing van voorgaande artikelen. Van elke studie is kort het databestand, het doel, het resultaat en de bruikbaarheid genoemd. De studie van Van Vliet is als meest relevant beschouwd vanwege de meest overeenkomende context. Oortwijns studie volgt daarop aangezien dit recent is uitgevoerd in het Nederlandse zorgstelsel. Het RAND experiment heeft belangrijke betrouwbare informatie geleverd voor de wetenschap, maar is uitgevoerd in een ander stelsel en net als de studie van Bakker enigszins gedateerd. De onderzoeken zijn respectievelijk als derde en vierde genoteerd. Dijk e.a. onderzochten recent vraag- en aanbodgestuurde vraag na wegvallen van een eigen betaling, maar lieten vervolgzorg buiten beschouwing en is daarom als vijfde genoteerd. Minst bruikbaar zijn de buitenlandse studies, vanwege de beperkte contextualisering door de verschillen tussen de zorgstelsels.

Tabel 6 Overzicht gegevens onderzoeken m.b.t. prijselasticiteiten en remgeldeffecten

Onderzoek	Data	Doel	Resultaat	Bruikbaarheid
Van Vliet (2004)	1996 Particulier verzekerden	Effect eigen risico op jaarlijkse zorgkosten gemeten in prijselasticiteiten, voor zowel algemene zorg als zes afzonderlijke zorgvormen	Huisarts $p = -0.4$ Kostenreductie eigen risico huisartsenzorg: 0-100 = 0.7% 101-350 = - 0.1% 351-750 = - 27.3% 751-1250 = - 36.0% 1251-1750 = - 41.7% >1750 = - 50.5%	+ Onderzoek geeft specifieke cijfers, die toepasbaar zijn op de huidige situatie. + Resultaten zijn redelijk gevrijwaard van methodologische problemen. - De data is afkomstig uit oude zorgstelsel, daarom zijn niet alle gegevens representatief.
Oortwijn e.a. (2012)	2007-2008 Declaratie- bestand verzekerden Vektis	Effect eigen risico op zorggebruik uitgesplit naar vijf zorgvormen gemeten in procentpunt	Gedragseffect eigen risico zonder huisartsenzorg: tussen -2.6 en -7.3 % Gedragseffect huisartsenzorg tussen -1.1 en -3.8 %	+ Gegevens zijn afkomstig uit nieuw stelsel. + Effect eigen risico zonder huisartsenzorg zichtbaar. - Data is slechts van twee jaar en heeft beperkingen. - Effect huisartsenzorg niet geëxtrapoleerd.
Newhouse (1993)	1987 RAND experiment	Effect eigen betalingen gemeten in elasticiteiten voor diverse zorgvormen	Algemene zorg $p = -0.17$ en -0.022 Extramurale zorg $p = -0.17$ en -0.31	+ Onderzoek gevrijwaard van methodologische problemen. + Resultaten worden als gouden standaard gezien in wetenschap. - Context verschilt en onderzoek is gedateerd. - Hoogte eigen betaling verschilt.
Bakker (1997)	1993 Gezondheid senquête zorgverzekeraar	Effect eigen betalingen op premie zorgverzekering gemeten in procenten en absolute aantallen	Verwacht effect eigen risico inclusief huisartsenzorg: <i>Eigen risico - effect</i> € 300 – € 463 € 400 – € 489 € 500 – € 508	+ Effect eigen risico inclusief huisartsenzorg berekent. + Gebaseerd op betrouwbare data. Onderzoek gedateerd. - Context verschilt veel met huidige - Nederlandse situatie.
Dijk e.a. (2013)	2005-2007 EPD huisartsen	Effect verandering betalingssysteem huisarts op gebruik huisartsenzorg	Particulier: 65-74 jaar: 5% toename Gem. toename 7%	+ Onderzoek redelijk gevrijwaard methodologische problemen. - Resultaat kwalitatief omschreven - Onduidelijk of resultaten ook vice versa gelden. - Selectie-effecten stelselwijziging niet meegenomen in onderzoek.
Voorde, Doorslaer, Schokkaert (2001)	Declaratie- gegevens Federation of Christian Mutualities	Effect eigen betaling in niet-experimentele context gemeten in elasticiteiten	Thuisbezoek $p = -.39$ en -0.28 Huisartsbezoek $p = -0.16$ en -0.12	+ Ondersteunen resultaten Van Vliet. - Belgisch onderzoek. Zorgsysteem verschilt met Nederland op meerdere punten
Fabbi en Monfardini (2009)	1999-2000 National Health Survey	Effectiviteit eigen bijdrage en wachttijd op diverse zorgvormen gemeten in prijs- en tijdelasticiteiten	Huisartsenzorg $p = -0.026$ en -0.046	+ Prijselasticiteiten berekent voor huisartsenzorg zonder dat hier eigen betalingen voor gelden. - Italiaanse zorgsysteem verschilt op teveel punten met Nederland. - Prijs afgezet t.o.v. tijd.

Hoofdstuk 4 – Samenhang huisartsenbezoek en overig zorggebruik en kosten zorg

In dit hoofdstuk worden zowel de kosten van huisartsenzorg en vervolgzorg (§ 4.1) als de mate waarin het gebruik van vervolgzorg afhangt van een bezoek aan de huisarts (§ 4.2), beschreven. De schatting van de laatstgenoemde waarde is noodzakelijk om het partiële effect van het eigen risico bij huisartsenzorg te schatten. Hierdoor is het mogelijk om een inschatting te geven van het verwachte remgeldeffect dan tot nu toe bekend is in de wetenschappelijke literatuur.

§ 4.1 Kosten huisartsenzorg

Het Centraal Bureau voor Statistiek (hierna: CBS) publiceert tweemaal per jaar de uitgaven van de gezondheidszorg. Zij baseert deze gegevens op statistieken van zorgaanbieders, nationale rekeningen, jaarverslagen en financiële overzichten. De meest recente publicatie is van 16 mei 2013, waarbij de voorlopige cijfers van 2012 gepubliceerd zijn.

Naast het CBS publiceert Vektis, een zorgverzekeraarscentrum voor informatie en standaardisatie, jaarlijks gegevens over de kosten en de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland. Vektis baseert haar publicaties op gegevens uit ziekenhuisinformatiesystemen en databases van verzekeraars. Tabel 7 en 8 tonen respectievelijk de uitkomsten van het CBS en Vektis verdeeld naar zorgvorm.

Tabel 7 Uitgaven gezondheidszorg in miljoenen. (CBS Statline 2013).

¹ Nadere voorlopige cijfers ² Voorlopige cijfers

Zorgvorm	Jaar						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011 ¹	2012 ²
Huisartsenzorg	2.281	2.425	2.444	2.470	2.494	2.708	2.645
Ziekenhuiszorg	17.308	18.275	20.261	21.436	22.690	22.671	23.948
Geestelijke gezondheidszorg	4.290	4.634	4.899	5.273	5.401	5.665	5.658
Tandartsenzorg	2.055	2.221	2.418	2.558	2.638	2.733	2.860
Paramedische praktijken	1.389	1.520	1.610	1.720	1.807	1.931	1.951
Overige gezondheidszorg	13.366	14.231	14.921	15.230	15.802	16.144	15.925
Ouderenzorg	13.587	13.978	14.775	15.211	15.807	16.396	18.102
Gehandicaptenzorg	6.186	6.571	7.138	7.802	8.088	8.309	9.152
Overige welzijnszorg	7.253	7.713	8.262	9.183	9.599	9.628	9.360
Beleids- en beheerorganisaties	3.007	3.074	3.026	3.001	3.016	3.195	3.127
Totale uitgaven ZVW & AWBZ	68.441	72.217	77.310	81.414	84.848	86.672	90.083

Tabel 8 Uitgaven gezondheidszorg in miljoenen (Vektis 2009, 2010, 2011, 2012 en 2013).¹ Schatting

Zorgvorm	Jaar						
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 ¹
Huisartsenzorg	2.014	2.122	2.163	2.197	2.394	2.281	2.404
Ziekenhuiszorg	15.342	15.807	17.698	17.952	18.642	18.863	20.882
Geestelijke gezondheidszorg	-	3.717	3.379	3.670	4.184	4.033	4.229
Tandartsenzorg	522	657	749	778	701	770	799
Eerstelijnsdiagnostiek	-	-	-	-	-	737	774
Paramedische praktijken	519	575	661	757	777	640	718
Farmaceutische hulp	4.950	5.300	5.276	5.299	5.255	4.892	4.778
Ziekenvervoer	497	547	619	600	610	594	622
Grensoverschrijdende zorg	-	-	-	411	429	425	446
Overige gezondheidszorg	1.656	1.819	2.238	1.829	2.284	2.378	2.563
Totale uitgaven ZVW	25.500	30.544	32.783	33.493	35.276	35.613	38.215

Het verschil in kosten van huisartsenzorg tussen beide publicaties kan verklaard worden doordat Vektis nevenverrichtingen van de huisarts, zoals verloskundige handelingen, onder overige gezondheidskosten schaaft. Verder publiceert Vektis enkel de ZVW zorgkosten en het CBS zowel de ZVW als de AWBZ zorgkosten. De schatting van K^1 en K^2 zal gebaseerd worden op de gegevens van Vektis, aangezien deze nader gespecificeerd zijn en alleen de kosten van de ZVW omvatten. Hierdoor is de schatting van de overige kosten van zorg zuiverder. K^1 wordt geschat op 2.404 miljoen en K^2 op 29.889 miljoen.

§ 4.2 Samenhang huisartsenbezoek en overig zorggebruik

In deze paragraaf zal de mate waarvan overig zorggebruik afhangt van een bezoek aan de huisarts geschat worden. De poortwachtersfunctie van de huisarts verplicht patiënten een verwijzing van de huisarts te hebben, alvorens gebruik te kunnen maken van specialistische zorg. Deze functie is wettelijk vastgelegd in artikel 14 lid 2 ZVW. Zorgverzekeraars worden verplicht in hun modelovereenkomst vast te leggen dat geneeskundige zorg, met uitzondering van acute zorg, slechts toegankelijk is na verwijzing van een zorgaanbieder, zoals de huisarts. Voor de volgende zorgvormen is geen verwijzing nodig: fysiotherapeut, oefentherapeut, mondhygiënist, diëtist, huidtherapeut, ergotherapeut, logopedist en podotherapeut.

De paragraaf is als volgt opgebouwd: eerst zal de praktische bovengrens, zoals genoemd in paragraaf 1.3.3 berekend worden, vervolgens zal de verwachte Z-waarde geschat worden. Beide waarden zullen beschreven worden, waarbij de veronderstellingen en de kanttekeningen benoemd zullen worden.

§ 4.2.1 Praktische bovengrens Z-waarde

De bovengrens van het verwachte effect is het maximaal verwachte effect van het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico en is gelijk aan $Z = (1 - \text{alle zorgvormen waar geen verwijzing voor nodig is})$. Hierbij wordt verondersteld dat het gebruik van vervolgzorg waar een verwijzing voor nodig is, volledig afhangt van een bezoek aan de huisarts. Deze aanname is gebaseerd op de uitkomsten van Oortwijn e.a. (2012), welke het effect onderzochten van het eigen risico waar huisartsenzorg niet onder viel. Toch vonden zij een remgeldeffect voor huisartsenzorg. Dit effect wordt mogelijk verklaard door onwetendheid over de samenstelling van het eigen risico. Hoewel geen eigen betaling geldt voor huisartsenzorg, wordt toch geremd op deze zorgvorm en geen vervolgzorg geconsumeerd.

De bovengrens kan geschat worden door de totale productie van zorg te minderen met de productie van huisartsenzorg en vervolgzorg. Productiecijfers zijn echter niet toereikend genoeg, omdat hier geen gewogen gemiddelde voor berekend kan worden. Aan de hand van de zorgkosten per zorgvorm kan wel een gewogen Z waarde geschat worden. Gebruikmakend van de gegevens uit tabel 8 (Vektis 2012), wordt de volgende berekening gehanteerd voor het berekenen van de bovengrens:

$$\begin{aligned} &= (\text{Totale uitgaven ZVW} - \text{tandartsenzorg} - \text{paramedische praktijken} - \text{ziekenvervoer} - \\ &\text{grensoverschrijdende zorg} - \text{huisartsenzorg}) / (\text{Totale uitgaven ZVW} - \text{huisartsenzorg}) \\ &= 30.903 / 33.332 = 0,93 \end{aligned}$$

De praktische bovengrens is gelijk aan $Z = 0,93$. In paragraaf 1.3.2 is al beschreven dat het niet aannemelijk is dat de consumptie van vervolgzorg volledig afhankelijk is van een bezoek aan de huisarts, omdat specialistenbezoeken ook artsgeïnitieerd zijn en patiënten zullen op termijn hun gezondheid geen gevaar laten lopen waardoor eigen betalingen vooral effect zullen hebben op minder ernstige medische zorg (Douven en Ewijk 2013). Verder vallen bij het eventueel onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico alleen de nieuwe patiënten die de huisarts bezoeken onder de maatregel, de andere patiënten hebben immers al een doorverwijzing.

§ 4.2.2 Verwachte Z-waarde

Het berekenen van een zuiverdere schatting is mogelijk indien bekend is hoeveel procent van de afgelegde bezoeken bij vervolgzorg afkomstig is van een doorverwijzing. De Landelijke Vereniging voor Huisartsen publiceert jaarlijks gegevens over het aantal doorverwijzingen per huisarts. Deze gegevens zijn echter niet toereikend genoeg, omdat

geen cijfers bekend zijn over het totaal afgelegde aantal bezoeken bij vervolgzorg en hierdoor geen ratio berekend kan worden.

Een juiste inschatting van het verwachte effect, waarbij gecorrigeerd is voor het gebruik van noodzakelijke zorg en herhalingsbezoeken, kan verkregen worden door prijselasticiteiten van zorgvormen te vergelijken. Als het gebruik van vervolgzorg volledig afhankelijk is van een bezoek aan de huisarts, is de prijselasticiteit van vervolgzorgvormen waar een verwijzing voor nodig is, gelijk aan de prijselasticiteit van huisartsenzorg. Een eventueel negatief verschil tussen de prijselasticiteiten van huisartsenzorg en vervolgzorg duidt op onafhankelijk gebruik van vervolgzorg ten opzichte van huisartsenzorg. Hierbij wordt wederom op basis van Oortwijn e.a. (2012) verondersteld dat geen remgeldeffect optreedt bij vervolgzorg als huisartsenzorg niet is opgenomen bij het eigen risico.

Van Vliet (2004) maakte in zijn studie onderscheid tussen zes zorgvormen en berekende voor elk afzonderlijk de prijselasticiteit. Tabel 3 toont de uitkomsten van deze berekening. De prijselasticiteiten zijn niet gelijk, wat aantoont dat het gebruik van vervolgzorg niet volledig afhankelijk is van een bezoek aan de huisarts.

De Z waarden voor de zorgvormen waar een verwijzing voor nodig is (geneesmiddelen, specialisten en ziekenhuiszorg) kunnen berekend worden door de prijselasticiteiten van de betreffende zorgvorm te delen met de prijselasticiteit van huisartsenzorg. Onder overige zorg valt onder andere kraamzorg, waarvoor geen verwijzing nodig is. Deze zal dus in de berekening buiten beschouwing worden gelaten. De uitkomsten zijn: geneesmiddelen $Z = 0.2$, specialisten $Z = 0.3$ en ziekenhuiszorg $Z = 0.1$.

Gebruikmakend van beschrijvende statistieken van Van Vliet (2004) kan een gewogen gemiddelde voor specialisten en ziekenhuiszorg berekend worden. De uitkomst van de gewogen Z waarde voor uiteindelijke ziekenhuiszorg is: $Z = 0.22$.

Van Vliet (2004) berekende geen remgeldeffect voor geestelijke gezondheidszorg, terwijl een doorverwijzing hiervoor noodzakelijk is en deze zorgvorm ruim 11% van de totale ZVV kosten beslaat.

Volgens de resultaten van het RAND experiment is de prijselasticiteit van geestelijke gezondheidszorg gelijk aan acute medische hulp (Newhouse 1993). De wetenschappelijke literatuur is echter erg verdeeld over het remgeldeffect van eigen betalingen bij deze zorgvorm. Aangenomen wordt dat het remgeldeffect vergelijkbaar, maar waarschijnlijk hoger ligt dan het remgeldeffect bij ziekenhuiszorg (Ringel 2002). Vanwege de onduidelijkheid omtrent het juiste remgeldeffect, wordt in dit onderzoek het remgeldeffect van ziekenhuiszorg gehanteerd voor geestelijke gezondheidszorg. De Z waarde wordt daarom geschat op 0.22.

Bovenstaande analyse heeft meerdere onzekerheden. Zo zijn aannames gedaan om de Z-waarde van geestelijke gezondheidszorg te schatten. Verder is het mogelijk dat een gedeelte van het huidige remgeldeffect voor vervolgzorg niet verklaard wordt door het remgeldeffect van huisartsenzorg dat niet opgenomen is bij het eigen risico. In dit geval is geen sprake van afhankelijkheid tussen de verschillende zorgvormen. Met de huidige gegevens is het niet mogelijk om hier voor te corrigeren. Ten slotte is het gebruik van cijfers afkomstig uit het oude zorgstelsel een belangrijke beperking. Hierdoor zijn de gegevens enigszins gedateerd en is het mogelijk dat deze niet representatief zijn voor de huidige stand van zaken.

§ 4.2.3 Herformulering conceptueel model

Omdat Van Vliet (2004) geestelijke gezondheidszorg in zijn onderzoek buiten beschouwing liet en daardoor geen productiecijfers van deze zorgvorm bekend zijn, is het niet mogelijk om één Z waarde te berekenen. Om het juiste totale effect te schatten is het conceptueel model geherformuleerd, waarbij de Z waarden afzonderlijk zijn opgenomen.

$$x = P * K_{\text{HUAR}} + P * (Z_{\text{GGZ}} * K_{\text{GGZ}} Z_{\text{ZH}} * K_{\text{ZH}} + Z_{\text{GGZ}} * K_{\text{GGZ}})$$

x = totale effect

P = remgeldeffect patiënt bij huisartsenzorg

K_x = kosten betreffende zorgvorm

Z_x = mate waarin betreffende zorgvorm afhangt van een bezoek aan de huisarts

HOOFDSTUK 5 – VERGELIJING EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk zal het uiteindelijke remgeldeffect van het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico geschat worden aan de hand van de uitkomsten van de waarden p , K_x en Z_x (§ 5.1). Omdat de huidige prijs van een huisartsenconsult gedaald is ten opzichte van de gehanteerde prijs ten tijde van de studie van Van Vliet, zal p gecorrigeerd worden. Vervolgens zal het geschatte remgeldeffect vergeleken (§ 5.2) worden met de uitkomst van Schut en Rutten (2010), waarna afgesloten wordt met een discussie (§ 5.3).

§ 5.1 Berekening conceptueel model

De volgende waarden zijn gebaseerd of geschat in hoofdstuk drie en vier.

$K_{\text{huisartsenzorg}}$	= 2.404 miljoen	$Z_{\text{geneesmiddelen}}$	= 0.1
$K_{\text{geneesmiddelen}}$	= 4.778 miljoen	$Z_{\text{ziekenhuiszorg}}$	= 0.22
$K_{\text{ziekenhuiszorg}}$	= 20.882 miljoen	$Z_{\text{geestelijk gezondheidszorg}}$	= 0.22
$K_{\text{geestelijk gezondheidszorg}}$	= 4.229 miljoen		

§ 5.1.1 Berekening p waarde

De p waarde wordt geschat op basis van de resultaten van Van Vliet (2004). Om tot een juiste berekening te komen, moet het huidige bedrag aan eigen risico omgezet worden in guldens, waarbij rekening gehouden moet worden met inflatie en koopkrachtverandering. Hoewel uit een recente studie blijkt dat de zorgkosten sneller stijgen dan het bruto binnenlands product (Ewijk e.a. 2013), wordt het bedrag in tegenstelling tot Van de Ven en Schut (2010) niet gecorrigeerd voor de gestegen zorgkosten. Verondersteld wordt dat de effectiviteit van de hoogte van het eigen risico inkomen gerelateerd is en gelijk blijft onder een toenemende zorgvraag. De financiële vergoeding van zorg hangt namelijk sterk samen met het inkomen en niet met zorggebruik (Ewijk e.a. 2013). Ook bewees het RAND experiment dat zorggebruik sterk gerelateerd is aan het inkomen (Newhouse 1993). Daarom zou correctie voor zorgvraag een onderschatting van het remgeldeffect zijn.

Voor de correctie voor inflatie- en koopkrachtveranderingen is gebruik gemaakt van een applicatie van het Internationaal instituut voor sociale geschiedenis (IISG 2012). Een eigen risico ter hoogte van € 350 in 2013 heeft een waarde van f 521.08 in 1996, waarbij Van Vliet een remgeldeffect van -27,3% berekende. Dit effect is berekend op basis van het tarief van een huisartsenconsult ter waarde van f 34 in 1994. Het huidige tarief is € 8,67 (NZA 2013). Dit omgerekend in guldens waarbij is gecorrigeerd voor inflatie en koopkracht is gelijk aan f

13,25 in 1994. Het huidige consulttarief is slechts 39% van de waarde van het tarief in 1994. Uitgaande van een lineaire vraagfunctie naar huisartsenzorg is het huidige remgeldeffect gelijk aan $-0.273 * 0.39 = 0.1065$.

Uitgaan van een lineaire vraagfunctie heeft onzekerheden, omdat de uitkomsten van Bakker (1997) en Van Vliet (2004) in respectievelijk tabel 2 en 4 een afnemende groei zien tussen de hoogte van het eigen risico en het verwachte remgeldeffect. Een geringe prijsstijging leidt aan het begin tot een flinke daling van zorgvraag. Het voorgaande effect kan een onderschatting zijn van de werkelijkheid. Beide studies tonen echter geen nadere gegevens binnen de categorieën, waardoor correctie voor deze afnemende groei niet mogelijk is.

§ 5.1.2 Schatting remgeldeffect

Berekening volgens het herformuleerde model met bovenstaande gegevens leidt tot het volgende geschatte effect:

$$x = P * K_{\text{HUAR}} + P * (Z_{\text{GM}} * K_{\text{GM}} * Z_{\text{ZH}} * K_{\text{ZH}} + Z_{\text{GGZ}} * K_{\text{GGZ}})$$
$$x = 0.1065 * 2.404 + 0.1065 * (0.1 * 4.778 + 0.22 * 20.882 + 0.22 * 4.229)$$
$$x = 895 \text{ miljoen}$$

Het totaal verwachte remgeldeffect bij invoering van huisartsenzorg onder het eigen risico is 895 miljoen, waarbij primair ongeveer 256 miljoen wordt bespaard op huisartsenzorg en 693 miljoen op vervolgzorg door het niet-gebruik maken van overige zorg waar een verwijzing van de huisarts voor nodig is. Dit is een besparing van 2,3% op de totale ZVW zorgkosten.

§ 5.2 Vergelijking

In deze paragraaf zal het resultaat van deze thesis vergeleken worden met het resultaat van Van de Ven en Schut (2010), waarbij de verschillen benoemd zullen worden. In de probleemanalyse is beschreven dat voorgenoemde onderzoekers op basis van de resultaten van Van Vliet (2004) een remgeldeffect voor huisartsenzorg tussen € 690 miljoen en € 1,39 miljard verwachten. Hoewel de uitkomst van deze thesis in de range van Van de Ven en Schut valt, zijn meerdere verschillen tussen beide berekeningen te benoemen.

Allereerst berekenden voorgenoemde onderzoekers het effect op basis van de verhouding tussen de hoogte van het eigen risico en de gemiddelde zorgkosten. Hierdoor is voor zorgvraag gecorrigeerd, terwijl het RAND experiment bewees dat zorggebruik gerelateerd is aan het inkomen (Newhouse 1993). Mogelijkerwijs zou de verwachte range van Van de Ven en Schut hoger uitvallen als zij niet voor zorgvraag hadden gecorrigeerd. Bovendien is door gebruik te maken van deze methode, geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing

gelaten in de analyse van de onderzoekers, omdat Van Vliet voor deze zorgvorm geen remgeldeffect berekende. Daarnaast is het remgeldeffect berekend op basis van een eigen risico ter hoogte van € 165, terwijl het huidige eigen risico € 350 bedraagt. Idealiter zou deze thesis en het onderzoek van Van de Ven en Schut vergeleken moeten op basis van hetzelfde eigen risico. Mogelijkerwijs valt het verwachte remgeldeffect bij voorgenoemde onderzoekers hoger uit bij berekening van een eigen risico ter hoogte van € 350.

Ten derde berekenden Van de Ven en Schut (2010) voor alle zorgvormen een remgeldeffect van 2,08 miljard, waarbij verondersteld wordt dat tussen de 33% - 67% wordt verklaard wordt door huisartsenzorg. De range is niet gebaseerd op een berekening, maar enkel op de aanname dat patiënten op het gebruik van huisartsenzorg de meeste invloed uitoefenen en dat het niet-bezoeken van de huisarts ook leidt tot een vermindering van dure vervolgzorg.

De auteurs benoemen dat de berekening van het remgeldeffect en het effect van huisartsenzorg afhankelijk is van de veronderstellingen die men heeft ten aanzien van de mate van afhankelijkheid van vervolgzorg ten opzichte van huisartsenzorg. In deze thesis is, in tegenstelling tot voorgenoemde auteurs, op basis van de resultaten van Van Vliet (2004) geprobeerd een gespecificeerd remgeldeffect voor huisartsenzorg te berekenen, waarbij onderscheid is gemaakt tussen het primaire en het secundaire effect van het onderbrengen van huisartsenzorg. Het laatstgenoemde onderscheid is namelijk ook niet zichtbaar in de door Van de Ven en Schut berekende range. Door de mate waarin het overig zorggebruik afhangt van een bezoek aan de huisarts te berekenen, kan de afhankelijkheid tussen diverse zorgvormen verklaard worden.

Ten slotte corrigeren Van de Ven en Schut (2010) niet voor de gedaalde consulttarieven, terwijl in 2010 het huisartsentarief circa 44% besloeg van het in 1996 gehanteerde tarief voor particulier verzekerden. Ze hebben ervoor gekozen om de door Van Vliet (2004) berekende remgeldeffect zonder correctie toe te passen op de huidige huisartsenzorg. In deze thesis is het remgeldeffect gecorrigeerd aan de hand van de percentuele daling van het consulttarief met de daarbij in paragraaf 5.1.1 beschreven veronderstellingen. Hoewel deze berekening onzekerheden bevat, wordt de berekening van Van de Ven en Schut beperkt door de sterk gedaalde prijs.

Concluderend valt de € 895 miljoen berekende besparing in de range van Van de Ven en Schut (2010), maar is in deze thesis op basis van wetenschappelijke literatuur het eigen risico enkel gecorrigeerd voor inflatie- en koopkrachtverandering, is een gespecificeerd remgeldeffect voor huisartsenzorg berekend, waarin onderscheid is gemaakt tussen het primaire en het secundaire effect en is voor het huidige consulttarief gecorrigeerd.

§ 5.3 Discussie

In deze thesis is geprobeerd om een schatting van p te krijgen door een literatuurstudie uit te voeren. Uiteindelijk zijn de uitkomsten gebaseerd op dezelfde gegevens als Schut en Rutten (2010) gebruiken voor hun onderzoek. Het resultaat wijkt echter af en is nader gespecificeerd. Toch wordt de berekening van het remgeldeffect in dit onderzoek beperkt door onzekerheden.

Allereerst heeft het onderzoeksdesign, een literatuurstudie, beperkingen. De onderzoeksvraag is beantwoord op basis van gegevens uit bestaande onderzoeken. Bij het gebruik van de zoektermen zijn keuzen gemaakt om het aantal artikelen in te perken. Door het specifieke kenmerk van de onderzoeksvraag is het aantal beschikbare artikelen beperkt en is enkel de studie van Van Vliet gebruikt om de p waarde schatten. De onzekerheden en beperkingen van dit artikel zijn genoemd in paragraaf 3.2.2. Het corrigeren van deze resultaten is bemoeilijkt omdat de beschikbare studies remgeldeffekten veelal in kwalitatieve bewoording weergeven of in een te verschillende context zijn uitgevoerd.

Bij de berekening van de p waarde is het huidig eigen risico omgerekend naar gulden, waarbij gecorrigeerd is voor inflatie en koopkrachtveranderingen, en niet voor zorggebruik, omdat dit een onderschatting van de effectiviteit van het eigen risico zou kunnen zijn. Zorggebruik is namelijk gerelateerd aan het inkomen (Newhouse 1993) en de toegenomen kosten worden voornamelijk verklaard aan de aanbodzijde en niet aan de vraagzijde (Ewijk e.a. 2013). Men zou echter kunnen beargumenteren dat gecorrigeerd zou moeten worden voor zorgvraag, omdat de zorgvraag sterker is gestegen dan het bruto binnenlands product en patiënten kennelijk meer zorg vragen en bereid zijn om meer te betalen voor zorg.

Ten derde zijn kinderen gratis meeverzekerd bij hun ouders bij de zorgverzekering. De overheid betaalt vanuit een ziekenfonds deze zorgkosten. Het eigen risico is niet op hen van toepassing. Voor zover bekend zijn geen gespecificeerde cijfers beschikbaar waarin onderscheid wordt gemaakt tussen volwassenen en kinderen, daarom zijn de gegevens uit tabel 7 en 8 niet gecorrigeerd. Hierdoor kan het berekende remgeldeffect een overschatting zijn van de werkelijkheid.

Vanwege de onduidelijkheid omtrent de prijselasticiteit van de vraag naar geestelijke gezondheidszorg is het remgeldeffect hiervan op gelijke hoogte geschat als de vraag naar ziekenhuiszorg. In de wetenschappelijke literatuur wordt namelijk veelal aangenomen dat de prijselasticiteit van geestelijke gezondheidszorg gelijk is aan, maar waarschijnlijk hoger ligt

dan de prijselasticiteit van ziekenhuiszorg. Gelijkingstelling is mogelijk een onderschatting van de werkelijkheid en het remgeldeffect.

Oortwijn e.a. (2012) berekenden het remgeldeffect van het eigen risico waarbij huisartsenzorg niet is opgenomen. De uitkomsten tonen aan dat wel een remgeldeffect voor huisartsenzorg optreedt. Dit kan verklaard worden door onwetendheid van patiënten over de samenstelling van het eigen risico. Het is mogelijk dat de remgeldeffecten voor vervolgzorg gedeeltelijk verklaard worden door het al bestaande remgeldeffect van huisartsenzorg. Het berekende remgeldeffect in deze thesis kan een overschatting zijn van de werkelijkheid, aangezien bij invoering van huisartsenzorg onder het eigen risico een bepaalde groep al denkt dat huisartsenzorg onder het eigen risico valt en geen effect bij hen zal optreden.

Naast de onzekerheden omtrent de uitvoering van dit onderzoek, moet bij implementatie rekening gehouden worden met aanbodgeïnduceerde vraag waardoor het beoogde effect negatief wordt beïnvloed. Uit het onderzoek van Dijk e.a. (2013) blijkt namelijk dat bij een mogelijke daling van het artseninkomen, het aantal artsgeïnitieerde bezoeken toeneemt.

Ten slotte is het effect van het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico op de gezondheid van verzekerden niet in deze thesis onderzocht. Het RAND experiment bewees dat eigen betalingen veelal geen negatief effect hebben op de gezondheid van verzekerden. Alleen bij mensen met een laag inkomen of een slechte gezondheid treedt een negatief effect op (Douven en Ewijk 2013). Hierdoor is het mogelijk dat op korte termijn de totale zorgkosten afnemen, maar dat door het niet-bezoeken van de huisarts voor minder noodzakelijke zorg, uiteindelijk de noodzaak toeneemt en dure zorg nodig is. Voor voornoemde groepen is het mogelijk niet wenselijk om huisartsenzorg onder te brengen bij het eigen risico omdat de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg hierdoor afneemt. Bij een eventuele implementatie zou daarom onderzocht moeten worden in welke mate bovenstaande uitkomst van het RAND experiment van toepassing is op de Nederlandse bevolking.

HOOFDSTUK 6 – CONCLUSIE

In dit hoofdstuk staat de conclusie van het onderzoek centraal. Allereerst zal antwoord gegeven worden op de deelvragen (§ 6.1). Daarna wordt de hoofdonderzoeksvraag beantwoord (§ 6.2).

§ 6.1 Conclusie deelvragen

§ 6.1.1 Beantwoording eerste deelvraag

De eerste deelvraag luidt: *Wat is theoretisch het verband tussen eigen betalingen en zorggebruik?* Grossman (1972) formuleerde een model dat hieraan vooraf gaat en de relatie tussen zorgvraag en zorgconsumptie verklaart. De vraag naar gezondheid is afgeleid uit de vraag naar gezondheid. Consumenten investeren vanuit een beperkt inkomen tijd en geld in de 'productie van gezondheid'. Bij daling of subsidiering van de prijs van gezondheidszorg, is meer geld beschikbaar om gezondheid via gezondheidszorg te beïnvloeden. De micro-economische theorie veronderstelt dat een volkomen concurrerende markt leidt tot lagere prijzen of hogere kwaliteit tegen dezelfde prijs. De aanwezigheid van verzekeringen verstoort dit prijsmechanisme, omdat de relevante prijs gelijk is aan nul. Hierdoor kan moral hazard ontstaan. Een eigen betaling, een remgeleffect, zorgt ervoor dat de zorggebruiker in sterkere mate de prijs van zorg ervaart en de vraag naar gezondheidszorg weer afhankelijk van een (beperkt) inkomen. Voorgaand theoretisch verband is in veel empirische studies aangetoond.

§ 6.1.2 Beantwoording tweede deelvraag

De tweede deelvraag luidt: *Hoe kan het effect van eigen betalingen gemeten worden?* Door middel van experimenteel of observationeel onderzoek waarbij verschillende hoogten van de eigen betaling worden gehanteerd. Een experiment wordt uitgevoerd in een gecontroleerde omgeving waarbij causaliteit bepaald wordt aan de hand van zelfgekozen variabelen. Bij observationeel onderzoek is men veelal afhankelijk van gegevens van een zorgverzekeraar of uitkomsten van een enquête. Bij meting van het effect van eigen betaling moet rekening gehouden worden met de volgende veel voorkomende methodologische problemen: selectie-effecten, simultane veranderingen, latente vraag en ontbreken van informatie.

§ 6.1.3 Beantwoording derde deelvraag

De derde deelvraag luidt: *Welke effect heeft het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico op de kosten van de huisartsenzorg?* Een eigen risico van € 350 in 2013 is gelijk aan f 521.08 in 1996, waarbij Van Vliet (2004) op basis van het tarief van een huisartsenconsult ter

waarde van f 34 in 1994, een remgeldeffect van -27,3% berekende. Correctie voor het huidige consulttarief leidt tot een remgeldeffect van -10,65%. Het remgeldeffect van het eigen risico voor huisartsenzorg wordt geschat op € 256 miljoen.

§ 6.1.4 Beantwoording vierde deelvraag

De vierde deelvraag luidt: *Welke effect heeft het onderbrengen van de huisarts bij het eigen risico op de kosten van vervolgzorg?* Dit effect wordt bepaald door de mate van afhankelijkheid van het gebruik huisartsenzorg op het gebruik van vervolgzorg. Het remgeldeffect van overige zorgvormen is niet gelijk aan huisartsenzorg, omdat specialistenbezoeken niet altijd patiënt geïnitieerd zijn, noodzakelijke zorg zal waarschijnlijk wel geconsumeerd worden en bij invoering van eigen betalingen zijn veel patiënten al doorverwezen naar de tweedelijnszorg. Op basis van Van Vliet (2004) wordt de mate van afhankelijkheid voor geneesmiddelen geschat op 0.1 en ziekenhuiszorg 0.22. Geestelijke gezondheidszorg wordt op basis van meerdere bevindingen gelijk geschat aan ziekenhuiszorg. De besparing van het eigen risico bij huisartsenzorg op vervolgzorg wordt geschat op € 693 miljoen.

§ 6.2 Conclusie hoofdonderzoeksvraag

De hoofdonderzoeksvraag luidt: *Welke gevolgen heeft het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico op de totale zorgkosten?*

Van de Ven en Schut (2010) berekenen op basis van een eigen risico ter hoogte van € 165 aan de hand van Van Vliet (2004) een remgeldeffect van huisartsenzorg tussen € 690 miljoen en € 1,39 miljard. Zij maken hierin echter geen onderscheid tussen het primaire en het secundaire effect, ook corrigeren zij niet voor het gedaalde consulttarief en maken zij de keuze om wel te corrigeren voor de toegenomen zorgvraag, terwijl zorggebruik gerelateerd is aan het inkomen. In deze thesis is op basis van Van Vliet een gespecificeerd effect berekend. Een eigen risico ter waarde van € 350 leidt bij correctie voor het gedaalde consulttarief tot een remgeldeffect van -10,65% op huisartsenzorg. Geschat wordt dat het eigen risico voor 22% doorwerkt op ziekenhuiszorg en geestelijke gezondheidszorg en 10% doorwerkt op geneesmiddelen. Het totale effect wordt geschat op € 895 miljoen, waarbij direct € 256 miljoen wordt bespaard op huisartsenzorg en € 693 miljoen aan het niet-gebruik maken van vervolgzorg waar een verwijzing van de huisarts voor nodig is. Dit is een besparing van 2,3% op de totale ZVW zorgkosten.

HOOFDSTUK 7 – AANBEVELINGEN

De schatting van het gevonden effect is onzeker. In paragraaf 5.3 zijn enkele kanttekeningen bij dit onderzoek beschreven. Een specifiek kenmerk van de Nederlandse context is de rol van de huisarts als poortwachter. Dit bemoeilijkt de bruikbaarheid van veel resultaten. Het is aanbevolen om nader wetenschappelijk onderzoek uit te voeren, waarbij het partiële effect van het onderbrengen van huisartsenzorg onder het eigen risico wordt onderzocht.

Het onderzoek zou mogelijkerwijs uitgevoerd moeten worden aan de hand van huidige declaratiegegevens van zorgverzekeraars, omdat hierdoor methodologische problemen voorkomen kunnen worden. Dit is echter te beperkt, omdat hiermee niet het effect van het onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico onderzocht kan worden. Wanneer men hier daadwerkelijk uitspraak over zou willen doen, dan is een experiment zoals het RAND experiment aanbevolen.

Door middel van het uitvoeren van een experiment is het mogelijk om het huidige zorgstelsel, met de daarbij horende kenmerken, onderzoek te doen. In een gecontroleerde omgeving kan rekening gehouden worden met het bestaande remgeldeffect bij huisartsenzorg en het effect van het eigen betaling op kinderen. Verder kunnen betrouwbare remgeldeffecten berekend worden voor diverse zorgvormen en kan duidelijk ontstaan over de vraag naar geestelijke gezondheidszorg bij invoering van een eigen risico. Daarbij kan de maatschappelijke wenselijkheid gedeeltelijk bepaald worden, doordat bij een experiment mogelijk is om de gezondheid van de deelnemers te onderzoeken. Zodoende zouden lange termijn consequenties van een eigen risico onderzocht kunnen worden.

Voor beleidsmakers kunnen de resultaten relevant zijn, aangezien door stijgende zorgkosten, kostenbeheersing noodzakelijk is (Taskforce Beheersing Zorguitgaven 2012). Het onderbrengen van huisartsenzorg kan mogelijk tot een besparing van € 895 miljoen leiden. Hoewel de gevolgen van deze maatregel voor mensen met een laag inkomen of een slechte gezondheid onderzocht moet worden, wordt verwacht dat mensen noodzakelijke zorg blijven nuttigen en hierdoor zorgkosten in de toekomst niet bovenmatig stijgen door het gebruik van dure zorg. Bij het eventueel onderbrengen van huisartsenzorg bij het eigen risico dient in ogenschouw genomen te worden dat het eigen risico enkel van toepassing is op het consulttarief en niet voor de abonnementsgelden, aangezien de huisarts deze betaling voor iedereen ontvangt en deze onafhankelijk is van het gebruik van huisartsenzorg.

LITERATUURLIJST

Bakker, F.M. 1997. *Effecten van eigen betalingen op premies voor ziektekostenverzekeringen*. Maastricht: Proefschrift Rotterdam

CBS Statline. 2013. *Zorgrekeningen; uitgaven (in lopende en constante prijzen) en financiering*. Den Haag: CBS.

Cutler, D.M. 2002. 'Health care and the public sector'. In: A.J. Auerbach en M. Feldstein. *Handbook of Public Economics Volume 4*. Harvard University.

Dijk, C.E. van, B.v.d. Berg, R.A. Verheij, P. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen, D.H. de Bakker. 2013. 'Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice' *Health Economics* 22(3):340-352.

Douven, R. en C. v. Ewijk. 2013. *Curatieve zorg*. In: CPB. *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit*. Den Haag: Centraal Planbureau.

Dranove, D. & M.A. Satterthwaite. 2000. 'The Industrial Organization of Health Care Markets'. In A.J. Culyer & J.P. Newhouse. 2000. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier Science B.V.

Ewijk, v. C., A. v.d. Horst en P. Besseling. *Toekomst voor de zorg. Tussen keuze en solidariteit*. Den Haag: CPB.

Fabbri, D. en C. Monfardini. 2009. 'Rationing the public provision of healthcare in the presence of private supplements: Evidence from the Italian NHS'. *Journal of Health Economics* 28:290-304.

Feldstein, M. 1971. 'Hospital cost inflation: a study of nonprofit price dynamics'. *American Economic Review* 60:853-872.

Graeve, d. G. en M. Jegers. 2000. 'Financiële verantwoordelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg.' *Economisch en sociaal tijdschrift* 54(2):139-164.

Groenewegen, P.P., J. Hansen en S. ter Bekke. 2007. *Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg*. NIVEL.

Groot, T en Y. Krabbe-Alkemade. 2010. *De invloed van marktwerking op productie, kosten en kostenbeheersing van ziekenhuiszorg*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Grossman, M. 1972. 'On the Concept of Health Capital and the Demand for Health' *The Journal of Political Economy* 80(2):223-255.

(Internationaal instituut voor sociale geschiedenis). 2012. *De waarde van de gulden / euro* [Internet]. IISG, 19-03-2013 [aangehaald op 11-06-2013]. Bereikbaar op <http://www.iisg.nl/hpw/calculate-nl.php>

Jansen, P. en R. Koops. 2011. *Patiënten straks duurder uit* [Dagblad]. Telegraaf, 03-11-12.

Keeler, E.B., J.L. Buchanan, J.E. Rolph, J.M. Hanley en D.M. Reboussin, 1988. *The demand for episodes of medical treatment in the Health Insurance Experiment*. Santa Monica: RAND Report R-3454-HHS.

Ketelaar, N., M. Faber, M. Padros-Goossens, J. Braspenning en R. Grol. 2009. *De kiezende zorggebruiker. Inzicht in motieven en redenen van zorggebruikers om te kiezen in zorg op basis van kwaliteitsinformatie*. Nijmegen: IQ healthcare.

Kremer, L.C.M., T. PLochg en R.J.P.M. Scholten. 2007. 'Systematische literatuurstudie'. In: T. Plochg, R.E. Juttman, N.S. Klazinga en J.P. Mackenbach, *Handboek gezondheidszorg*, 146 – 155. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Newhouse, J.P. 1993. *Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment*. Harvard University Press: Cambridge, Massachusetts.

Nederlandse Zorgautoriteit. 2013. *Tariefschikking*. Utrecht: NZA.

Newhouse, J.P. 1974. 'A design for a health insurance experiment'. *Inquiry* 11:5-27.

Newhouse, J.P. & C.E. Phelps. 1976. 'New estimates of price and income elasticities of medical care services'. In: Rosett, R.N. 1976. *The role of Health Insurance in the Health Services Sector*. 261-320. NBER.

(NIVEL). 2012. *Nederlander mijdt de huisarts bij een hoger eigen risico?* [Internet]. NIVEL, 17-12-2012 [aangehaald op 11-06-2013]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/nieuws/nederlander-mijdt-de-huisarts-bij-een-hoger-eigen-risico>

Maat, M.v.d en J. de Jong. 2010. *Eigen risico in de basisverzekering: het verzekerdenperspectief: een onderzoek op basis van het ConsumentenPanel Gezondheidszorg*. Utrecht: NIVEL.

Mackenbach, J.P. & P.J. van der Maas. 2008. *Volksgezondheid en gezondheidszorg*. Vierde druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg. [1995]

Manning W.G., J.P. Newhouse, N. Duan, E.B. Keeler, A. Leibowitz en M.S. Marquis. 1987. 'Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment'. *American Economic Review* 77:251-277.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2002. *Eigen betalingen in perspectief. Beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk*.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 2012. *Convenant huisartsenzorg 2012/2013*. Den Haag.

Mulder, A. 2012. 'Een gezonde oude dag is nog geen goedkope oude dag.' *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 90(4):203-204.

Oortwijn, W., V. Thio en M. Wilkens. 2012. 'Het effect van het verplicht eigen risico'. *TPEdigitaal* 6(2):61-75.

Pauly, M. en M. Satterthwaite. 1981. 'The pricing of primary care physicians' services: A test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics* 12:488-506.

Regeerakkoord. 2012. *Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PVDA*. Den Haag.

(Rijksoverheid). 2012. *Wie betaalt de kosten van mijn huisarts?* [Internet]. Rijksoverheid, 10-02-2012 [aangehaald op 10-09-2012]. Bereikbaar op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wie-betaalt-de-kosten-van-mijn-huisarts.html>

Ringel, J.S., S.D. Hosek, B.A. Vollaard en S. Mahnovski. 2002. *The Elasticity of Demand*

for Health Care. A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System.
RAND Corporation.

Ros, C.C., P.P. Groenewegen en D.M.J. Delnoij. 2000. 'All rights reserved, or can we just copy? Cost sharing arrangements and characteristics of health care systems. *Elsevier Gezondheidszorg* 52(1):1-13.

Rosett, R.N. en L. Huang. 1973. 'The effect of health insurance on the demand for medical care'. *Journal of Political Economy* 81:281-305.

Rutten-van Mólken, M. en P. Vemer. 2010. 'Internationale vertaalbaarheid van kosteneffectiviteit'. In: Rutten- van Mólken, M., C. Uyl-de Groot en F. Rutten. 2010. *Van kosten tot effecten*. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg.

Schut, E. & E. v. Doorslaer. 2009. 'Vraag naar gezondheid'. In: Schut E. & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Derde herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Schut E. & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Derde herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Severens, H. 2011. *Evaluatie zonder grenzen. Complexiteit en 'transferabiliteit' van economische evaluatiemodellen*. Rotterdam: instituut Beleid & Management Gezondheidszorg.

Vektis. 2009. *Zorgthermometer vooruitblik 2010*. Zeist: Vektis.

Vektis. 2010. *Zorgthermometer vooruitblik 2011*. Zeist: Vektis.

Vektis. 2011. *Zorgthermometer vooruitblik 2012*. Zeist: Vektis

Vektis. 2012. *Zorgthermometer vooruitblik 2013*. Zeist: Vektis

Ven, W.v.d. 2009. 'De rol van zorgverzekeringen'. In: Schut E. & F. Rutten. 2009. *Economie van de gezondheidszorg*. Derde herziene druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Ven, W.v.d. en E. Schut. 2010. 'Is de zorgverzekeringswet een succes?' *TPEdigitaal* 4(1):1-24.

Ven, W.v.d. en E. Schut. 2010. 'Fout van CPB bij berekening remgeldeffect' *TPEdigitaal* 4(2):153-157.

Vliet, R.C.J.A. van. 2004. 'Deductibles and health care expenditures: empirical estimates of price sensitivity based on administrative data.' *International Journal of Health Care Finance and Economics* 4(4): 283-305.

Voorde, C.v.d., E. v. Doorslaer en E. Schikkaert. 2001. 'Effect of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand'. *Health economics* 10:457-471.

Werkgroep Taskforce Beheersing Zorguitgaven. 2012. *Naar beter betaalbare zorg*. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Welch, B.L., J.W. Hay, D.S. Miller, R.J. Olsen, R.M. Rippey and en A.S. Welch. 1987. 'The Rand Health Insurance Study: A Summary Critique' *Medical Care* 25(2):148-156.

Welte R, T. Feenstra, H. Jager en R. Leidl. 2004. 'A decision chart for assessing and improving the transferability of economic evaluation results between countries'. *Pharmacoeconomics* 22 (13): 857-876.