

# Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I

Kernrapport van de eerste fase

R. Goudriaan  
H. Bartelings  
V. Thio  
R.W.D.J. Snijders

Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS

© Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE)

Den Haag, 1 juni 2006

Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I: Kernrapport van de eerste fase

Goudriaan, R., H. Bartelings, V. Thio en R.W.D.J. Snijders

**Ape** rapport nr. 343

© 2006 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Website: [www.ape.nl](http://www.ape.nl)

Omslag: Brordus Bunder, Amsterdam

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

# INHOUD

SAMENVATTING	3
1 INLEIDING	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	8
1.3 Indeling van het kernrapport	10
2 OPZET VAN DE EERSTE FASE VAN DE EVALUATIE	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Analyse van ervaringen met de no-claimteruggaveregelings	11
2.3 Analyses op nationaal niveau	12
3 ERVARINGEN MET DE NO-CLAIMTERUGGAVEREDELING	15
3.1 Inleiding	15
3.2 Informatie en kennis	15
3.3 Gedragseffecten	17
3.4 Financiële effecten van de no-claimteruggaaf over 2005	20
3.4.1 Uitkering en terugvordering	20
3.4.2 Financieringsverschuiving	21
3.5 Uitvoering van de no-claimteruggaveregelings over 2005	21
3.6 Vrijwillig eigen risico, 2006	23
3.7 Uitvoering van de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico in 2006	24
3.8 Conclusies	24
4 NO-CLAIMTERUGGAAF EN ZORGGEBRUIK: EEN GLOBALE ANALYSE	27
4.1 Inleiding	27
4.2 Nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten	28
4.3 Beroep op de huisartsenzorg	29
4.4 Geneesmiddelen	30
4.5 Hulpmiddelen	32
4.6 Conclusies	33
LITERATUUR	35



## SAMENVATTING

### *Aanleiding*

Sinds 1 januari 2005 geldt voor ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder de no-claimteruggaveregeling. Nu de Zorgverzekeringswet is ingevoerd, heeft de no-claimteruggaveregeling betrekking op alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden ontvangen na afloop van een kalenderjaar geld terug, indien zij dat jaar geen of weinig zorg hebben gebruikt (minder dan € 255). Via de no-claimteruggaveregeling wil de regering de eigen verantwoordelijkheid van de burger bevorderen en de collectieve verantwoordelijkheid beperken. Met de no-claimteruggaveregeling wordt in 2005 een financieringsverschuiving beoogd van collectief naar privaat ter grootte van circa € 1,4 mrd. Het is de verwachting dat verzekerden door de no-claimteruggaaf ook een betere afweging van het gebruik van zorgvoorzieningen gaan maken. Dit moet in 2005 leiden tot een afremming van de volume- en kostenstijgingen in de zorgsector met circa € 0,2 mrd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft toegezegd de no-claimteruggaveregeling te evalueren. Dit geschiedt op basis van een eerder opgesteld evaluatiekader, dat voorziet in een evaluatie van de regeling in twee fases. De evaluatie wordt aangevuld met analyses van de samenloop van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico in de basisverzekering. Het voorliggende rapport heeft betrekking op de eerste fase van de evaluatie, waarin een globale analyse van de effecten van de no-claimteruggaveregeling plaatsvindt. De centrale vraag van de evaluatie luidt: *Wat zijn de effecten van de no-claimteruggaaf?*

### *Aanpak*

De aanpak van de eerste fase van de evaluatie bestaat uit twee delen:

- Via enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars analyseren wij enerzijds de kennis en informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. Anderzijds onderzoeken wij de uitvoering en de (verwachte) effecten van beide regelingen.
- Op basis van *globale* analyses van de nationale trends in het zorggebruik van ziekenfondsverzekerden bezien wij in hoeverre het *gerealiseerde* zorggebruik van ziekenfondsverzekerden in 2005 afwijkt van het trendmatig *verwachte* zorggebruik in 2005. Dit geeft – alle andere omstandigheden daargelaten – voorzichtige aanwijzingen voor mogelijke effecten van de no-claimteruggaaf.

### *Kennis van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

De meeste verzekerden zijn bekend met het bestaan van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico, maar beschikken in de regel niet over een gedetailleerde kennis van de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillig eigen risico. Ruim de helft van de verzekerden weet of een verstrekking wel of niet meetelt voor de no-claimteruggaaf. De kennis van de werkingssfeer van het vrijwillig eigen risico is over de hele linie minder dan van de no-claimteruggaaf. Dat is niet verwonderlijk, omdat maar weinig verzekerden (5%) voor een vrijwillig eigen risico hebben gekozen. Huisartsen zijn beter op de hoogte van de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico, maar zij zijn evenmin op de hoogte van de details van de regelingen.

### *Verwachte gedragseffecten*

De no-claimteruggaveregeling heeft volgens de geënquêteerde ziekenfondsverzekerden in 2005 beperkte gevolgen gehad voor het zorggebruik: 2,6% van de ziekenfondsverzekerden zegt door de no-claimteruggaveregeling minder zorg te hebben gebruikt. Bij de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf ligt dat percentage op 4,5%. De resultaten sporen globaal met de bescheiden inschatting van de remgeldeffecten van het ministerie van VWS.

De meerderheid van de geënquêteerde huisartsen (69%) is van mening dat de no-claimteruggaaf niet remt en verwacht evenmin een effect op het aantal huisartsencontacten. Toch geeft circa 30% van de huisartsen aan dat zij in hun behandelgedrag rekening houden met de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico. Ook zorgverzekeraars verwachten niet dat de no-claimteruggaaf het zorggebruik afremt. Ruim de helft van de zorgverzekeraars oordeelt dat het vrijwillig eigen risico beter remt dan de no-claimteruggaaf. In plaats van de huidige no-claimteruggaveregeling zijn zij meer geporteerd van een verplicht eigen risico aan de voet.

### *Financiële effecten van de no-claimteruggaaf*

53% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder heeft een *voorlopige* positieve no-claimteruggaaf over 2005 gekregen. Per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder (inclusief degenen met een teruggaaf van € 0) bedraagt de uitgekeerde no-claimteruggaaf gemiddeld € 99. Bij de vaststelling van de voorlopige no-claimteruggaaf in maart 2006 zijn nog niet alle zorgkosten over 2005 betrokken. Vooral declaraties van ziekenhuizen over 2005 komen door de recent ingevoerde DBC-bekostigings-systematiek met veel vertraging bij ziekenfondsen binnen. Mede daarom heeft de no-claimteruggaaf over 2005 een *voorlopig* karakter. Bijna de

helft van de ziekenfondsen denkt dat bij minder dan 10% van de positieve no-claimteruggaves tot een terugvordering hoeft te worden overgaan. De overige ziekenfondsen op één na verwachten dat bij 10% tot 25% van de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden. Een ziekenfonds verwacht meer dan 25% terugvorderingen.

Op kasbasis valt de voorlopige no-claimteruggaaf over 2005 iets hoger uit dan het bedrag van circa € 90 per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder dat het ministerie van VWS op transactiebasis heeft verondersteld. De exacte omvang van de financieringsverschuiving kan pas worden vastgesteld als de definitieve no-claimteruggaaf bekend is. Gezien het voorgaande mag echter worden verwacht dat de uiteindelijke financieringsverschuiving in 2005 (vrijwel) niet zal afwijken van de geraamde € 1,4 mrd.

#### *Uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005*

Door de inspanningen van de zorgverzekeraars is de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005 soepel verlopen. Circa 3% van de ziekenfondsverzekerden zegt dat zij problemen hebben ondervonden met de uitbetaling van de voorlopige no-claimteruggaaf. Dat is een redelijke score voor de eerste keer. De (voormalige) ziekenfondsen kijken in het algemeen niet zo optimistisch aan tegen de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005. De combinatie van de DBC-bekostigingssystematiek bij de ziekenhuizen en de no-claimteruggaveregeling vinden de zorgverzekeraars weinig gelukkig. Zij verwachten veel problemen met een gehele of gedeeltelijke terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf, omdat verzekerden geen rekening houden met een eventuele terugvordering of van zorgverzekeraar zijn veranderd. Daarom streven de ziekenfondsen er naar om eventuele nagekomen rekeningen direct te verrekenen met de voorlopige no-claimteruggaaf en onmiddellijk terug te vorderen. De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling bedragen volgens de ziekenfondsen gemiddeld circa € 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Een deel van deze kosten heeft vermoedelijk een incidenteel karakter.

#### *Samenloop van no-claimteruggaaf en vrijwillig eigen risico in 2006*

Doordat slechts 5% van verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, krijgen zorgverzekeraars in 2006 in het algemeen weinig vragen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling. Zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de samenloop tussen de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico en de uiteenlopende werkingssfeer van beide regelingen buitengewoon moeilijk is uit te leggen aan hun verzekerden.

### *Analyse van trends in het zorggebruik*

Op basis van de trendanalyses op nationaal niveau kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Het aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder blijft in 2005 licht achter bij de trendmatige ontwikkeling. Dit is mogelijk een bescheiden effect van de no-claimteruggaaf.
- De invloed van de no-claimteruggaaf op het beroep op de huisartsenpraktijk lijkt verwaarloosbaar. Het is mogelijk dat dit een saldo-effect is waarbij de positieve en de negatieve effecten elkaar opheffen.
- De gerealiseerde kosten van geneesmiddelen per ziekenfondsverzekerde blijven in 2005 achter bij de gecorrigeerde trendmatige ontwikkeling. Dat komt vooral door lagere kosten per voorschrift. Naast de aanscherping van het convenant in 2005 wijst dit op een mogelijk effect van de no-claimteruggaaf, waarbij vaker goedkopere (generieke) geneesmiddelen zijn voorgeschreven.
- In 2005 stijgen de kosten van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde minder sterk dan op grond van de trendmatige ontwikkeling zou worden verwacht. Zorgverzekeraars zijn de hulpmiddelen doelmatiger gaan inkopen. Voorts is het mogelijk dat verzekerden deels door de no-claimteruggaaf hebben gekozen voor goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen.

Nader onderzoek op verzekerdeniveau moet uitwijzen wat de kwantitatieve bijdrage van de no-claimteruggaaf is geweest aan de ontwikkeling van het zorggebruik op nationaal niveau. De no-claimteruggaaf is immers vooral effectief bij verzekerden met zorgkosten onder of vlak boven de no-claimteruggavegrens. Daarom is voor de tweede fase van de evaluatie een *verdiepingslag* op verzekerdeniveau voorzien.

### *Conclusies*

De meeste verzekerden zijn op de hoogte van het bestaan van de no-claimteruggaveregeling. De uitvoering van de no-claimteruggaveregeling is soepel verlopen door de inspanningen van de zorgverzekeraars. Overeenkomstig de inschattingen van het ministerie van VWS heeft de no-claimteruggaveregeling een bescheiden invloed uitgeoefend op het zorggebruik. Voor zover wij hebben kunnen nagaan, zijn er geen onbedoelde drempels voor het zorggebruik opgeworpen. De met de no-claimteruggaveregeling beoogde financieringsverschuiving wordt naar verwachting gehaald.

# **1 INLEIDING**

## **1.1 Aanleiding**

Sinds 1 januari 2005 geldt voor ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder de no-claimteruggaveregeling. Nu de Zorgverzekeringswet op 1 januari 2006 is ingevoerd, heeft de no-claimteruggaveregeling betrekking op alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden ontvangen na afloop van een kalenderjaar geld terug, indien zij dat jaar geen of weinig zorg hebben geconsumeerd (minder dan € 255). De huisartsenhulp, de verloskundige zorg en de kraamzorg vallen niet onder de no-claimteruggaaf.

De no-claimteruggaveregeling is onderdeel van de systeemwijzigingen in de zorg, die zijn gericht op zowel aanbieder, verzekeraar als burger. Met de no-claimteruggaveregeling wil de regering de eigen verantwoordelijkheid van de burger bevorderen en de collectieve verantwoordelijkheid beperken. Met de no-claimteruggaveregeling wordt in 2005 een financieringsverschuiving beoogd van collectief naar privaat ter grootte van circa € 1,4 mrd. Daarnaast is de verwachting dat verzekerden door de no-claimteruggaaf een betere afweging van het gebruik van zorgvoorzieningen maken. De no-claimteruggaaf moet in 2005 leiden tot een afremming van de volume- en kostenstijgingen in de zorgsector met circa € 0,2 mrd.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel tot invoering van de no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet in de Eerste Kamer heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) toegezegd een evaluatiekader beschikbaar te stellen om de no-claimteruggaveregeling te kunnen monitoren. In opdracht van het ministerie van VWS heeft Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE) het bedoelde evaluatiekader opgesteld (Goudriaan en Snijders 2005). Bij brief van 12 april 2005 (Tweede Kamer 2004/2005) heeft de minister het evaluatiekader aan de Eerste en Tweede Kamer gezonden. De evaluatie vindt plaats op basis van het uitgewerkte evaluatiekader. De kanttekeningen die de minister in zijn genoemde brief van 12 april 2005 heeft geplaatst bij het evaluatiekader worden betrokken bij de evaluatie. Op verzoek van het ministerie van VWS is de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling op een aantal punten uitgebreid (Tweede Kamer 2005/2006).

De voorliggende rapportage richt zich op de eerste fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. Dat betekent dat de huidige evaluatie vooral betrekking heeft op de uitvoering en de effecten van de regeling voor de (voormalige) ziekenfondsverzekerden over het jaar 2005. Daarnaast schenken we ook aandacht aan de recente ervaringen met de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico in het kader van de Zorgverzekeringswet. De eerste fase van de evaluatie bestaat in hoofdlijnen uit twee componenten:

- Via enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars analyseren wij enerzijds de kennis en informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. Anderzijds onderzoeken wij de uitvoering en de (verwachte) effecten van beide regelingen.
- Via *globale* analyses voor ziekenfondsverzekerden proberen wij op nationaal niveau zicht te krijgen op de gerealiseerde effecten van de no-claimteruggaveregeling over 2005.

In de *tweede* fase van de evaluatie, in 2007 wordt uitgevoerd, volgt op verzekerdenniveau een *verdiepingsslag* om onder meer de 'remgeldeffecten' van de beleidsmaatregel adequaat in beeld te krijgen. In die verdiepingsslag gaan we na bij welke categorie ziekenfondsverzekerden en bij welke categorie verstrekkingen de no-claimteruggaaf de meeste invloed uitoefent op het zorggebruik en de zorgkosten. Dat lukt minder goed bij analyses op nationaal niveau, omdat de no-claimteruggaaf vooral effectief is bij verzekerden met zorgkosten onder of vlak boven de no-claimteruggavegrens.

## **1.2 Probleemstelling**

Met de no-claimteruggaveregeling wordt een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogd, teneinde de eigen verantwoordelijkheid van de burger te bevorderen. De no-claimteruggaveregeling mag echter niet leiden tot onbedoelde drempels voor zorggebruik en onderconsumptie, maar moet juist de zorgconsumptie *selectief* afremmen: alleen de niet-noodzakelijke en de minder noodzakelijke consumptie. Over de omvang van de financieringsverschuiving bestaat een redelijk grote zekerheid, maar over de omvang van het volume-effect ('remgeldeffect') bestaat deze zekerheid in mindere mate. Daarnaast bestaat discussie over de uitvoeringsaspecten van de no-claimteruggaveregeling; bijvoorbeeld in combinatie met het vrijwillig eigen risico.

De gedragseffecten die voortvloeien uit de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico, hangen af van de kennis en de informatie over deze regelingen bij de verzekerden en de huisartsen, en met de informatieverschaffing door de zorgverzekeraars. Als verzekerden en/of huisartsen niet op de hoogte zijn van de no-claimteruggaaf, treden de beoogde gedragseffecten niet of maar beperkt op. De no-claimteruggaveregeling is een vorm van eigen betalingen die nog niet eerder is toegepast in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarom is inzicht gewenst in de effecten van de regeling. De centrale vraag van de evaluatie luidt: *Wat zijn de effecten van de effecten van de no-claimteruggaaf?*

Conform het evaluatiekader komen de volgende deelvragen in de rapportage over de eerste fase van de evaluatie aan de orde:<sup>1</sup>

1. Wat is het effect op het aantal nieuwe verwijzingen van huisartsen naar medische specialisten?
2. Leidt de regeling tot een extra druk op de huisartsenzorg?
3. Wat is het effect op het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen?
4. Leidt de regeling tot onbedoelde drempels voor het zorggebruik?
5. Wat zijn de uitvoeringskosten en financiële effecten van de regeling?
6. Welke informatie over de no-claimteruggaveregeling verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden en wat is de frequentie en de tijdigheid van de informatieverschaffing?
7. Hoe goed zijn verzekerden op de hoogte van no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico?
8. Hoe goed zijn de behandelaars op de hoogte van de no-claimteruggaveregeling en in hoeverre houden zij bij de zorgverlening en hun verwijs- en voorschrijfgedrag rekening met de financiële gevolgen voor de verzekerden?

Het effect van de no-claimteruggaaf op de spoedeisende eerste hulp bij ziekenhuizen komt in de voorliggende rapportage *niet* aan de orde, omdat de benodigde gegevens over 2005 uit het Letsel Informatie Systeem niet eerder dan medio juli 2006 beschikbaar zijn. Daarom stellen wij de bedoelde analyse noodgedwongen uit tot de tweede fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling.

---

<sup>1</sup> Overeenkomstig de kanttekeningen van de minister van VWS bij het evaluatiekader wordt het effect van de no-claimteruggaaf op het aantal second opinions niet in de evaluatie betrokken (Tweede Kamer 2004/2005).

### **1.3 Indeling van het kernrapport**

In het voorliggende kernrapport presenteren wij de belangrijkste bevindingen van de eerste fase van de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling. Voor uitgebreidere informatie en een verantwoording van de onderzoeksresultaten wordt verwezen naar het bijbehorende achtergrondrapport (Goudriaan *et al.* 2006).

De indeling van het kernrapport is als volgt. Hoofdstuk 2 schetst de aanpak van de eerste fase van de evaluatie in hoofdlijnen. Hoofdstuk 3 behandelt de uitvoering, en de verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. Het hoofdstuk berust voor een belangrijk deel op enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars. In hoofdstuk 4 analyseren wij op nationaal niveau de ontwikkeling van het zorggebruik in relatie tot de no-claimteruggaaf. Er wordt gezien of en in hoeverre het zorggebruik in 2005 achterblijft bij de trendmatige ontwikkeling in de periode 2000-2004. Dit is de globale analyse die voorafgaat aan de verdiepingsslag uit de tweede fase van de evaluatie.

## **2 OPZET VAN DE EERSTE FASE VAN DE EVALUATIE**

### **2.1 Inleiding**

Conform het evaluatiekader kiezen wij in de voorliggende rapportage voor een pragmatische benadering, rekeninghoudend met de behoefte van de Kamer om op betrekkelijke korte termijn al inzicht te hebben in een aantal effecten van de beleidsmaatregel. Wij voeren een aantal korte schriftelijke enquêtes uit onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars om zicht te krijgen op hun eerste ervaringen met no-claimteruggaveregeling en het recent ingevoerde vrijwillig eigen risico in de basisverzekering. Daarnaast gaan wij bij de evaluatie zo veel mogelijk uit van bestaande gegevens die op reguliere wijze worden verzameld en die in beginsel tijdig beschikbaar zijn. Op basis van de genoemde gegevens voeren wij dit jaar de eerste fase van de evaluatie uit. Na de globale analyse van de eerste fase volgt in 2007 een tweede fase met een verdiepingsslag. Voor de verdiepingsslag moet aanvullende informatie op verzekerdeniveau worden verzameld.

### **2.2 Analyse van ervaringen met de no-claimteruggaveregeling**

Voor de evaluatie hebben wij schriftelijke enquêtes onder verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars gehouden. De enquête onder verzekerden berust op een uitbreiding van het Consumentenpanel Gezondheidszorg van NIVEL met aanvullende vragen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico. De enquête is begin april 2006 gehouden, nadat ziekenfondsverzekerden voor de eerste keer zijn geconfronteerd met de uitkering van de no-claimteruggaaf. Daarnaast hebben we afzonderlijke schriftelijke enquêtes gehouden onder huisartsen en zorgverzekeraars. Van alle enquêtes is de respons adequaat.

De aanvullende informatieverzameling via de drie schriftelijke enquêtes concentreert zich op:

- de kennis en de informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico bij verzekerden en huisartsen;
- de gerealiseerde of verwachte effecten van respectievelijk de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico bij verzekerden;

- de effecten op het behandelgedrag van huisartsen, gelet op hun rol van poortwachter;
- de uitgekeerde voorlopige no-claimteruggaaf en de verwachte terugvordering over 2005;
- de problemen bij de uitvoering van de no-claimteruggaveregelings en de uitvoeringskosten;
- de betekenis van het vrijwillig eigen risico en de motieven van verzekerden bij de keuze van een eigen risico;
- de uitvoering en de samenloop van de no-claimteruggaveregelings en het vrijwillig eigen risico in 2006.

Via de drie enquêtes kunnen we de no-claimteruggaveregelings evalueren op een groot aantal aspecten. Deze aspecten zijn belangrijk voor een weloverwogen beoordeling van de no-claimteruggaveregelings.

### **2.3 Analyses op nationaal niveau**

Voor de bepaling van de effecten van de invoering van de no-claimteruggaveregelings hebben wij een vergelijkingsbasis nodig in de vorm van een nulmeting. De nulmeting beslaat de periode voorafgaande aan de invoering van de no-claimteruggaveregelings. Door een vergelijking van de nulmeting met vervolgmetingen in latere jaren kunnen ceteris paribus de effecten van de no-claimteruggaveregelings worden vastgesteld op de consumptie en de kosten van de verstrekkingen waarop de no-claimteruggaaf betrekking heeft. Als de no-claimteruggaaf effectief als remgeld fungeert, moeten de kosten en de consumptie van de betreffende verstrekkingen dalen of minder snel stijgen dan in het recente verleden. Deze effecten treden vooral op bij verzekerden onder en vlak boven de huidige no-claimteruggavegrens van € 255.

Het verdient aanbeveling om bij de nulmeting de trends over een wat *langere* periode, maar niet al te lange periode te bekijken.<sup>2</sup> In onze analyses vergelijken wij steeds de trendmatige ontwikkeling in de jaren 2000-2004 met die in latere jaren (in eerste instantie 2005 en later 2006). Daarmee worden de effecten van de no-claimteruggaaf op macroniveau zichtbaar in de vorm van eventuele afwijkingen van de trendmatige ontwikkeling. Dit

---

<sup>2</sup> Een langere periode voor de nulmeting dan vier à vijf jaar heeft weinig zin. In dat geval wordt het beeld nagenoeg volledig gedomineerd door de vele ingrijpende beleidsmaatregelen die de overheid in het afgelopen decennium in de zorgsector heeft doorgevoerd. Het is ondoenlijk om hiervoor in de analyses adequaat te corrigeren.

laatste geschiedt met inachtneming van twee nuanceringen. Ten eerste vinden de volume-effecten van de no-claimteruggaaf op verzekerdeniveau vooral rond de no-claimteruggavegrens plaats. Dit is moeilijk te meten in onze analyses op nationaal niveau. Ten tweede kunnen er ook andere effecten dan die van de no-claimteruggaaf optreden, die het beeld kunnen vertroebelen. In onze cijfers nemen wij in beginsel alleen een saldo-effect waar.

De trendmatige ontwikkeling van de zorgkosten of het zorggebruik per verzekerde geeft aan hoe deze zich zouden ontwikkelen als de no-claimteruggaveregeling niet zou zijn ingevoerd. Door de trendmatig verwachte ontwikkeling van de zorgkosten of het zorggebruik in 2005 te vergelijken met de gerealiseerde waarden in dat jaar kunnen we een tentatieve inschatting maken van de invloed van de no-claimteruggaaf.

In de trendanalyses nemen we aan dat het zorggebruik of de zorgkosten per verzekerde bij afwezigheid van de no-claimteruggaveregeling of andere belangrijke beleidswijzingen en pakketmaatregelen jaarlijks met een *vast percentage* stijgt of daalt. Dit percentage is afhankelijk van de gemiddelde procentuele veranderingen in de periode 2000-2004. Deze trekken wij door naar 2005 om de ontwikkeling van het zorggebruik of de zorgkosten te bepalen die zou worden verwacht zonder no-claimteruggaveregeling. Onze methode is zodanig vormgegeven dat wij bij de berekening van groeipercentages zonder al te grote problemen rekening kunnen houden met niveaubreuken in de gegevens onder invloed van beleidswijzingen en dergelijke. Voor technische details wordt verwezen naar hoofdstuk 2 van het achtergrondrapport (Goudriaan *et al.* 2006).



## **3 ERVARINGEN MET DE NO-CLAIMTERUGGAVEREGELING**

### **3.1 Inleiding**

In het voorliggende hoofdstuk komen de ervaringen met de no-claimteruggaveregeling en het recent in de basisverzekering ingevoerde vrijwillig eigen risico aan de orde. In het hoofdstuk geschieden de analyses vanuit het perspectief van de verzekerden, de huisartsen en de zorgverzekeraars. Daarvoor hebben wij enquêtes onder deze groepen uitgevoerd om aanvullende informatie te verzamelen. De analyses hebben deels betrekking op de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling voor de ziekenfondsverzekerden over 2005. De analyses over 2006 geschieden in verband met de invoering van Zorgverzekeringswet nu voor alle verzekerden. Niet alleen de no-claimteruggaveregeling, maar ook het vrijwillig eigen risico komt aan de orde.

Het hoofdstuk heeft de volgende indeling. Paragraaf 3.2 geeft inzicht in de kennis en informatie over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico bij verzekerden en huisartsen. Paragraaf 3.3 beschrijft de (gedrags)effecten van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico. In paragraaf 3.4 komen de financiële effecten van de no-claimteruggaaf over 2005 aan de orde. De uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005 wordt in paragraaf 3.5 besproken. Paragraaf 3.6 gaat in op betekenis van het vrijwillig eigen risico en de motieven om al dan niet te kiezen voor een eigen risico. Paragraaf 3.7 behandelt de uitvoering en de samenloop van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico in 2006.

### **3.2 Informatie en kennis**

De meeste verzekerden zijn bekend met het bestaan van de no-claimteruggaveregeling (89%) en het vrijwillig eigen risico (78%). De zorgverzekeraar is voor hen doorgaans de belangrijkste informatiebron, gevolgd door het ministerie van VWS. Ziekenfondsen hebben in 2005 hun verzekerden bij invoering van de no-claimteruggaaf in het algemeen schriftelijk op de hoogte gesteld van de regeling. Daarnaast hebben zij in veel gevallen internet als informatiebron ingezet. Een aantal ziekenfondsen heeft ook gebruik gemaakt van hun eigen tijdschrift voor verzekerden.

Verzekerden worden schriftelijk op de hoogte gesteld van de gemaakte zorgkosten die relevant zijn voor de no-claimteruggaaf. Bij sommige zorgverzekeraars is het ook mogelijk om deze informatie via internet te raadplegen. De meeste zorgverzekeraars stellen hun verzekerden één keer per jaar op de hoogte van hun zorgkosten, hoewel ook hogere frequenties voorkomen. Verzekerden die de no-claimteruggavegrens overschrijden, worden daarvan op de hoogte gesteld. De overige verzekerden ontvangen bij de vaststelling van de voorlopige no-claimteruggaaf informatie over hun zorgkosten.

Verzekerden beschikken in de regel niet over gedetailleerde kennis van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico, hoewel 60% van de verzekerden weet dat zorgkosten eerst afgaan van de no-claimteruggaaf en pas daarna van het eigen risico (zie tabel 3.1). Ook weet circa 51% van de verzekerden dat de no-claimteruggaveregeling alleen geldt voor de basisverzekering, maar slechts 30% van de verzekerden heeft beide stellingen goed. De (voormalige) ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden scoren vrijwel gelijk op hun kennis.

Tabel 3.1: *Verzekerden met correcte antwoorden op de stellingen over de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico*

	Verzekerden (in %)
Zorgkosten gaan eerst af van no-claimteruggaaf en dan van eigen risico	59,5
No-claimteruggaaf geldt alleen voor basisverzekering	50,8
Verzekerden met beide stellingen goed beantwoord	29,9

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Wij hebben verzekerden ook gevraagd om aan te geven welke van zeven opgegeven verstrekkingen wel of niet meetellen voor de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico. Bij de no-claimteruggaveregeling weet steeds meer dan de helft van de verzekerden of de verstrekking wel of niet binnen de werkingssfeer van de maatregel valt (zie tabel 3.2). In totaal weet 27% van de verzekerden tamelijk nauwkeurig welke verstrekkingen wel of niet meetellen bij de bepaling van de no-claimteruggaaf. Deze verzekerden hebben de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf bij ten minste zes van de zeven verstrekkingen goed beoordeeld. Bij het vrijwillig eigen risico is de score over hele linie lager. Minder dan 40% weet bijvoorbeeld dat medicijnen op recept meetelt voor het vrijwillig eigen risico. Gezien het beperkte aantal verzekerden dat voor vrijwillig eigen risico heeft gekozen

(5%), is het niet verwonderlijk dat veel verzekerden minder goed op de hoogte zijn over de werkingssfeer van het vrijwillig eigen risico.

Tabel 3.2: *Kennis van de werkingssfeer van de no-claimteruggaaf en het vrijwillig eigen risico<sup>a</sup>*

	No-claimteruggaaf (correct in %)	Eigen risico (correct in %)
Zorg voor kinderen jonger dan 18 jaar	55,6	52,3
Consult huisarts	57,6	53,0
Spoedeisende eerste hulp	57,8	41,7
Zittend ziekenvervoer	54,5	44,7
Medicijnen op recept	62,6	37,4
Laboratoriumonderzoeken	60,4	39,9
Medisch specialist	59,8	40,4
Maximaal één verstrekking fout	26,7	11,9

a Exclusief verzekerden van één zorgverzekeraar met een afwijkende regeling voor het eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Huisartsen zijn in de regel beter op de hoogte van de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling of het vrijwillig eigen risico dan verzekerden: 56% van de huisartsen weet redelijk nauwkeurig aan te geven op welke verstrekkingen de no-claimteruggaveregeling van toepassing is. De score op het vrijwillig eigen risico is vergelijkbaar. Huisartsen zijn redelijk goed op de hoogte van de globale aspecten van beide regelingen, maar niet van de details.

### 3.3 Gedragseffecten

Verzekerden hebben zich in hun zorgconsumptie beperkt laten leiden door de no-claimteruggaveregeling. Slechts een klein deel van de ziekenfondsverzekerden zegt in 2005 minder zorg te hebben gebruikt onder invloed van de no-claimteruggaveregeling. Ook onder de ziekenfondsverzekerden die daadwerkelijk een positieve no-claimteruggaaf hebben ontvangen over 2005, heeft de no-claimteruggaaf maar beperkt meegespeeld bij de keuze van het zorggebruik (zie tabel 3.3). Dit spoort in grote lijnen met de bescheiden inschatting van de remgeldeffecten van het ministerie van VWS over 2005 (ruwweg 1% van de relevante zorgkosten). Verwacht mag worden dat de gedragseffecten van de no-claimteruggaaf in 2006 iets worden versterkt, doordat ziekenverzekerden bij de uitkering van de voorlopige

no-claimteruggaaf dit jaar voor de eerste keer zijn geconfronteerd met hun gerealiseerde zorgkosten.

Tabel 3.3: *Door verzekerden gerapporteerde effecten van de no-claimteruggaaf op het zorggebruik van ziekenfondsverzekerden in 2005<sup>a</sup>*

	Minder zorggebruik door de no-claimteruggaaf (%)
Alle ziekenfondsverzekerden	2,6
Ziekentondsverzekerden met een no-claimteruggaaf	4,5

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Huisartsen hebben een duidelijke mening over het effect van de no-claimteruggaveregeling. De meerderheid van de huisartsen (69%) denkt dat de no-claimteruggaaf niet remt (zie tabel 3.4). Daarentegen is bijna 24% van de huisartsen van mening dat de no-claimteruggaveregeling tot uitstel of afstel leidt van zorg die vanuit zorginhoudelijk oogpunt zou moeten worden ingeroepen. Slechts een klein deel van de huisartsen denkt dat de no-claimteruggaveregeling selectief remt. In achterstandswijken en de vier grote steden zijn huisartsen relatief vaker van mening dat de no-claimteruggaaf selectief remt.

Tabel 3.4: *Door huisartsen verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling*

Effect van no-claimteruggaveregeling	Huisartsen (%)
Remt selectief	6,9
Remt niet	69,4
Leidt tot ongewenst uitstel of afstel van zorg	23,6

Bron: APE

Circa 30% van de huisartsen geeft aan dat zij in hun behandelgedrag rekening houden met de no-claimteruggaaf of het vrijwillig eigen risico (zie tabel 3.5). Dat gebeurt meestal op verzoek van hun cliënten. In achterstandswijken en de vier grote steden houden huisartsen relatief vaak op eigen initiatief rekening met de no-claimteruggaaf. Circa 82% van de huisartsen verwacht geen effect van de no-claimteruggaaf op het aantal huisartsenconsulten. Ruwweg de helft van het aantal huisartsen verwacht minder consulten door het vrijwillig eigen risico. De rest denkt dat er geen effect optreedt.

Tabel 3.5: *Houden huisartsen rekening met de no-claimteruggaveregeling of een vrijwillig eigen risico?*

	Huisartsen (%)
Ja, zoveel mogelijk	6,0
Alleen als de patiënt er om vraagt	23,8
Nee, absoluut niet	70,2

Bron: APE

Zorgverzekeraars denken dat de no-claimteruggaveregeling het zorggebruik niet afremt, omdat (1) verzekerden geen inzicht hebben in de kosten van hun zorgconsumptie en (2) de no-claimteruggaaf niet geldt voor de huisarts (zie tabel 3.6). Daardoor wordt er volgens hen niet aan de poort geremd.

Tabel 3.6: *Door zorgverzekeraars verwachte effecten van de no-claimteruggaveregeling op zorggebruik*

	Zorgverzekeraars (in %)	Verzekerden (in %)
No-claimteruggaveregeling remt selectief	5,0	3,3
No-claimteruggaveregeling remt niet	95,0	96,7
No-claimteruggaveregeling leidt tot uit- of afstel	0,0	0,0

Bron: APE

Ongeveer 55% van de zorgverzekeraars (met 57% van de verzekerden) oordeelt dat het vrijwillig eigen risico beter remt. Zij geven aan dat verzekerden dan directer worden geconfronteerd met de betaling voor het zorggebruik, terwijl bovendien de huisarts wel meetelt voor het vrijwillig eigen risico. In plaats van de huidige no-claimteruggaveregeling zien zij in het algemeen meer in een verplicht eigen risico aan de voet.<sup>3</sup> Een aantal voormalige ziekenfondsen is echter principieel tegen eigen betalingen in de zorg.

<sup>3</sup> Een grote zorgverzekeraar geeft aan dat dan alle computersystemen weer moeten omgebouwd en de medewerkers opnieuw moeten worden geïnstrueerd. De zorgverzekeraar ziet om praktische redenen weliswaar meer in een eigen risico aan de voet, maar vindt het niet de moeite waard om daarvoor de gehele uitvoering te veranderen.

### 3.4 Financiële effecten van de no-claimteruggaaf over 2005

#### 3.4.1 Uitkering en terugvordering

De no-claimteruggaaf over 2005 heeft een *voorlopig* karakter. Bij de vaststelling van de voorlopige no-claimteruggaaf in maart 2006 zijn nog niet alle zorgkosten over 2005 betrokken. Volgens een opgave van de ziekenfondsen heeft gemiddeld 52,7% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder een voorlopige no-claimteruggaaf ontvangen. In totaal heeft 18,0% van de verzekerden de maximale teruggaaf van € 255 gekregen (zie tabel 3.7). Ultimo maart 2006 bedraagt de gemiddelde no-claimteruggaafbedrag per ziekenfondsverzekerde met een positieve no-claimteruggaaf € 188. Tussen de ziekenfondsen bestaat maar een beperkte variatie in de gemiddelde uitgekeerde no-claimbedragen. Per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder bedraagt de voorlopige no-claimteruggaaf over 2005 € 99.

Tabel 3.7: *Voorlopige no-claimteruggaaf van ziekenfondsverzekerden van 18 jaar en ouder over 2005*

Verzekerden	Gemiddeld (in %)	Minimum (in %)	Maximum (in %)
Verzekerden met no-claimteruggaaf van € 0	47,3	33,3	53,0
Verzekerden met no-claimteruggaaf van meer dan € 0 en minder dan € 255	34,7	30,3	45,8
Verzekerden met no-claimteruggaaf van € 255	18,0	6,0	33,3
Voorlopige no-claimteruggaaf ( in euro's)			
- per verzekerde met een positieve no-claimteruggaaf	188	176	198
- per verzekerde van 18 jaar en ouder	99	83	127

Bron: APE

Doordat declaraties van zorgverleners over 2005 nog na maart 2006 bij ziekenfondsen kunnen binnenkomen, heeft de no-claimteruggaaf een voorlopig karakter. Vooral bij de declaraties van ziekenhuizen over 2005 treedt volgens de ziekenfondsen vertraging op. Dat houdt verband met de in 2005 ingevoerde DBC-bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen, waarbij de declaraties plaatsvinden nadat de DBC's zijn afgesloten; bijvoorbeeld in de loop van het jaar 2006. Daarom verwachten ziekenfond-

sen dat bij een deel van de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden (zie tabel 3.8). Bijna de helft van de ziekenfondsen denkt dat in minder dan 10% van de gevallen tot een terugvordering hoeft te worden overgaan. De overige ziekenfondsen op één na verwachten dat bij 10% tot 25% van de verzekerden met een no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden. Eén ziekenfonds verwacht dat bij meer dan 25% van de verzekerden met een positieve teruggaaf tot een gehele of gedeeltelijke terugvordering moet worden overgegaan.

Tabel 3.8: *Ziekenfondsverzekerden met een verwachte terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf*

Terugvordering	Ziekenfondsen (in %)	Verzekerden (in %)
Bij minder dan 10%	47,1	46,1
Bij 10% tot 25%	47,1	47,8
Bij 25% tot 50%	5,9	6,1

Bron: APE

### 3.4.2 Financieringsverschuiving

De invoering van de no-claimteruggaveregeling bij ziekenfondsverzekerden moet in 2005 op *transactiebasis* leiden tot een financieringsverschuiving van collectief naar privaat ter grootte van € 1,4 mrd. Bij de berekening van de financieringsverschuiving heeft het ministerie van VWS verondersteld dat het bedrag van de no-claimteruggaaf op transactiebasis gemiddeld ongeveer € 90 per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder bedraagt. Op kasbasis valt de *voorlopige* no-claimteruggaaf iets hoger uit. De exacte omvang van de financieringsverschuiving kan pas worden vastgesteld als de definitieve no-claimteruggaaf bekend is. Op grond van het voorgaande mag echter worden verwacht dat de uiteindelijk gerealiseerde financieringsverschuiving over 2005 (vrijwel) niet zal afwijken van de geraamde € 1,4 mrd.

## 3.5 Uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005

Volgens de (voormalige) ziekenfondsverzekerden is de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling redelijk soepel verlopen. Niet meer dan 3,1% van de ziekenfondsverzekerden heeft volgens het Consumentenpanel Ge-

zondheidszorg problemen ondervonden met de uitbetaling van de voorlopige no-claimteruggaaf. Volgens de ziekenfondsen heeft naar schatting gemiddeld 1% van de verzekerden in april 2006 vragen gesteld over de hoogte of de betaling van de voorlopige no-claimteruggaaf. Dit percentage is waarschijnlijk een lichte onderschatting, omdat een aantal ziekenfondsen al eerder in maart is gestart met de uitkering van de no-claimteruggaaf.<sup>4</sup> Het percentage vragen over de uitgekeerde no-claimteruggaaf loopt uiteen tussen de ziekenfondsen. Bij een aantal ziekenfondsen heeft 6% of meer van de verzekerden vragen gesteld over de uitkering van de no-claimteruggaaf.

De ziekenfondsen kijken in het algemeen niet zo optimistisch aan tegen de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling over 2005. De combinatie van de DBC-bekostiging bij ziekenhuizen en de no-claimteruggaveregeling vinden deze zorgverzekeraars weinig gelukkig. Zij verwachten veel problemen bij een gehele of gedeeltelijke terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf, omdat verzekerden geen rekening houden met een eventuele terugvordering en/of van zorgverzekeraar zijn veranderd. In gesprekken hebben een aantal ziekenfondsen aangegeven zij er naar streven om eventuele nagekomen rekeningen direct te verrekenen met de voorlopige no-claimteruggaaf en onmiddellijk terug te vorderen. Slechts een klein deel van de ziekenfondsen verwacht weinig terugvorderingsproblemen (zie tabel 3.9).

Tabel 3.9: *Verwachte problemen met terugvordering van de voorlopige no-claimteruggaaf*

Terugvordering	Ziekenfondsen (in %)	Verzekerden (in %)
Weinig problemen	11,8	13,0
Veel problemen	88,2	87,0

Bron: APE

De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling bedragen volgens een opgave van de ziekenfondsen gemiddeld circa € 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder.<sup>5</sup> Dat impliceert dat de uitvoeringskosten binnen het budgettair kader van € 20 mln. zijn gebleven (Tweede Kamer 2005/2006). Het is mogelijk dat een gedeelte van de uitvoeringskosten een incidenteel

<sup>4</sup> Deze ziekenfondsen hebben de vaststelling en de uitkering van de no-claimteruggaaf in de tijd gespreid om overbelasting van hun call centers te voorkomen. Daarom hebben deze ziekenfondsen hierover in maart 2006 al de nodige vragen gekregen.

<sup>5</sup> Niet alle ziekenfondsen hebben voldoende zicht op de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling.

karakter heeft wegens de aanpassing van de systemen aan de no-claimteruggaveregeling. Dat verklaart naast de schaaffecten wellicht ook de grote variatie in de uitvoeringskosten tussen ziekenfondsen. Deze lopen uiteen van € 1 tot € 10 per ziekenfondsverzekerde van 18 en ouder.

### 3.6 Vrijwillig eigen risico, 2006

Naast de evaluatie van de no-claimteruggaveregeling voor ziekenfondsverzekerden over 2005 schenken wij ook aandacht aan de situatie in 2006. Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet geldt de no-claimteruggaveregeling voor alle verzekerden. Daarnaast kunnen verzekerden in de basisverzekering kiezen voor een vrijwillig eigen risico van maximaal € 500. Er zijn echter maar weinig verzekerden die kiezen voor een vrijwillig eigen risico. Gemiddeld kiest 5% van de verzekerden van 18 jaar en ouder in 2006 voor een eigen risico. Dit percentage varieert bij de geënquêteerde zorgverzekeraars tussen 0 en 10%. Van de verzekerden met een eigen risico neemt ruim de helft een eigen risico dat niet hoger is dan € 200. Voor verzekerden is de belangrijkste reden om een vrijwillig eigen risico kiezen, dat zij weinig gebruik van zorg maken (zie tabel 3.10).

Tabel 3.10: *Reden om in 2006 wel of niet te kiezen voor een vrijwillig eigen risico*

	Verzekerden (%)
<i>Reden keuze eigen risico<sup>a</sup></i>	
- Premiekorting aantrekkelijk	43,4
- Maak weinig gebruik van zorg	56,5
- Oude particuliere verzekering ook een eigen risico	41,3
<i>Reden keuze geen eigen risico<sup>a</sup></i>	
- Loop al risico door no-claimteruggaveregeling	14,5
- Korting premie onvoldoende	29,8
- Hoge medische kosten	20,6
- Wil me geen zorgen maken over zorgkosten	59,0
- Geen aanbod zorgverzekeraar	7,2

a Meer antwoorden zijn mogelijk. De antwoorden zijn respectievelijk uitgedrukt als percentage van de verzekerden met dan wel zonder vrijwillig eigen risico.

Bron: Consumentenpanel Gezondheidszorg (APE-bewerking)

Weinig zorggebruik wordt door bijna 57% van de verzekerden met een eigen risico genoemd als argument voor de keuze van een eigen risico. Verzekerden zonder eigen risico willen zich geen zorgen hoeven te maken over de zorgkosten. Dit is voor 59% van de verzekerden zonder eigen risico het motief om geen eigen risico te nemen.

### **3.7 Uitvoering van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico in 2006**

Doordat slechts 5% van verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, krijgen zorgverzekeraars in 2006 in het algemeen weinig vragen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling. Zorgverzekeraars zijn echter van mening dat de samenloop tussen de no-claimteruggaveregeling en het eigen risico en de uiteenlopende werkingssfeer van beide regelingen buitengewoon moeilijk is uit te leggen aan hun verzekerden. Daarnaast wijzen zij op de DBC-bekostigingssystematiek van ziekenhuizen als complicerende factor.

Verzekerden met een vrijwillig eigen risico blijken redelijk goed geïnformeerd te zijn. Van deze verzekerden weet volgens het Consumentenpanel Gezondheidszorg 71% dat een huisartsenconsult niet ten koste gaat van de no-claimteruggaaf, maar wel van het vrijwillig eigen risico. Voor de overige verzekerden is deze kennis minder van belang.

De gemiddelde uitvoeringskosten van het vrijwillig eigen risico bedragen circa € 2 per verzekerde met een eigen risico. Dit bedrag is vergelijkbaar met de uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling. Datzelfde geldt ook voor de variatie in de uitvoeringskosten tussen zorgverzekeraars.

### **3.8 Conclusies**

In het hoofdstuk hebben wij de ervaringen met de no-claimteruggaveregeling en het recent ingevoerde vrijwillig eigen risico geanalyseerd. Dit geschiedt vanuit het perspectief van verzekerden, huisartsen en zorgverzekeraars. De gepresenteerde informatie is gebaseerd op schriftelijke enquêtes onder deze drie groepen.

De belangrijkste conclusies van het hoofdstuk luiden:

- De meeste verzekerden zijn bekend met het bestaan van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico, maar beschikken in de regel niet over een gedetailleerde kennis van de werkingssfeer van beide regelingen.
- Ruim de helft van de verzekerden weet of een verstrekking wel of niet meetelt voor de no-claimteruggaaf.
- Huisartsen zijn beter op de hoogte van de werkingssfeer van de no-claimteruggaveregeling en het vrijwillig eigen risico dan verzekerden, maar zij zijn evenmin op de hoogte van de details van de regelingen.
- De no-claimteruggaveregeling heeft volgens de geënquêteerde ziekenfondsverzekerden in 2005 beperkte gevolgen gehad voor het zorggebruik: 2,6% van de ziekenfondsverzekerden zegt door de no-claimteruggaveregeling minder zorg te hebben gebruikt.
- 53% van de ziekenfondsverzekerden van 18 jaar heeft een *voorlopige* positieve no-claimteruggaaf over 2005 gekregen. Per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder (inclusief degenen met een teruggaaf van € 0) bedraagt de uitbetaalde no-claimteruggaaf gemiddeld € 99.
- Bijna de helft van de ziekenfondsen denkt dat bij minder dan 10% van de positieve no-claimteruggaves tot een terugvordering hoeft te worden overgaan. De overige ziekenfondsen op één na verwachten dat bij 10% tot 25% van de verzekerden met een positieve no-claimteruggaaf een terugvordering zal moeten plaatsvinden. Een ziekenfonds verwacht meer dan 25% terugvorderingen.
- De uiteindelijk gerealiseerde financieringsverschuiving zal naar verwachting (vrijwel) niet afwijken van de geraamde € 1,4 mrd.
- Door de inspanningen van de zorgverzekeraars is de uitvoering van de no-claimteruggaveregeling soepel verlopen.
- De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling bedragen volgens de ziekenfondsen gemiddeld circa € 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Dat valt binnen het budgettair kader.
- Doordat slechts 5% van verzekerden heeft gekozen voor een vrijwillig eigen risico, krijgen zorgverzekeraars in 2006 in het algemeen weinig vragen over onduidelijkheden rondom (de samenloop van) het eigen risico en de no-claimteruggaveregeling.



## **4 NO-CLAIMTERUGGAAF EN ZORGGEBRUIK: EEN GLOBALE ANALYSE**

### **4.1 Inleiding**

Naast de beoogde financieringsverschuiving heeft de no-claimteruggave-regeling tot doel om het zorggebruik *selectief* af te remmen: alleen de niet-noodzakelijke consumptie en de minder noodzakelijke consumptie. De maatregel mag echter niet leiden tot onbedoelde drempels voor het zorggebruik en onderconsumptie. In het voorliggende hoofdstuk schenken wij op nationaal niveau aandacht aan de mogelijke effecten van de no-claimteruggaaf op het zorggebruik of de zorgkosten van ziekenfondsverzekerden in 2005. Het betreft een *globale* analyse van de eerste effecten. De analyse geschiedt op basis van gegevens uit bestaande registraties. Cijfers over 2005 hebben in een aantal gevallen een voorlopig karakter. Voor details over de gegevensbronnen wordt verwezen naar het bijbehorende achtergrondrapport en het evaluatiekader (Goudriaan en Snijders 2005).

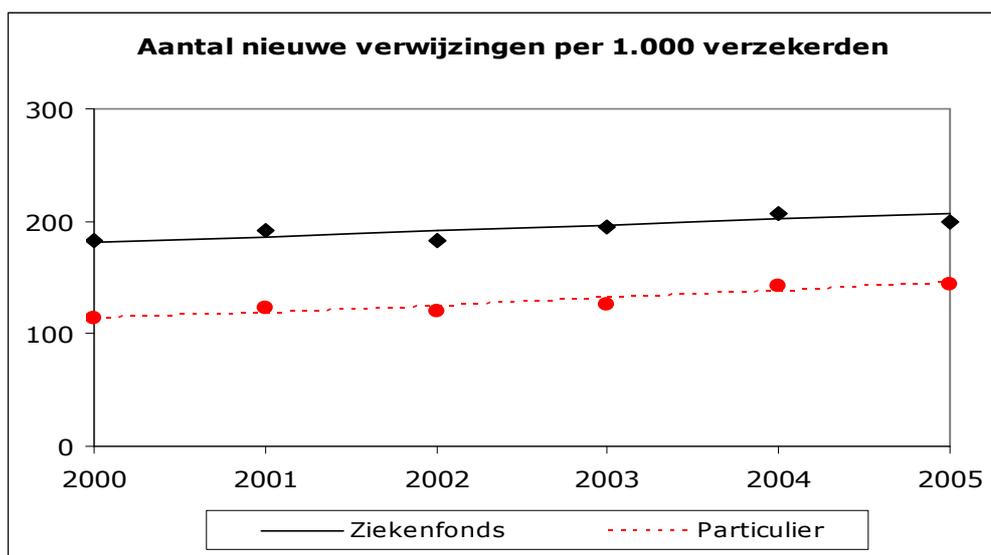
De nulmeting berust op de trends in het zorggebruik of de zorgkosten in de periode 2000-2004. Deze trends zijn - waar relevant - zo goed mogelijk gecorrigeerd voor eventuele ingrijpende pakketwijzigingen en andere beleidsmaatregelen. We bezien in hoeverre het *gerealiseerde* zorggebruik of de zorgkosten van ziekenfondsverzekerden in 2005 afwijken van het op grond van de trendmatige ontwikkeling *verwachte* zorggebruik in 2005. Dit geeft - alle andere omstandigheden daargelaten - voorzichtige aanwijzingen voor mogelijke effecten van de no-claimteruggaaf. Als de no-claimteruggaaf effectief als remgeld fungeert, moet het zorggebruik van ziekenfondsverzekerden in 2005 minder snel stijgen dan in het verleden (of wellicht zelfs dalen). Voor de duiding van de resultaten schenken we steeds ook aandacht aan de ontwikkeling van het zorggebruik of de zorgkosten van particulier verzekerden.

De indeling van het hoofdstuk is als volgt. In paragraaf 4.2 komt de ontwikkeling van het aantal verwijzingen naar medisch specialisten door huisartsen aan de orde. Paragraaf 4.3 behandelt de ontwikkeling van het beroep op de huisartsenzorg. Vervolgens schenkt paragraaf 4.4 aandacht aan de ontwikkeling van de geneesmiddelenkosten. Paragraaf 4.5 schetst daarna de kostenontwikkeling bij hulpmiddelen. Ten slotte sluit paragraaf 4.6 af met de belangrijkste conclusies van het hoofdstuk.

## 4.2 Nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten

Als de no-claimteruggaaf op een vergelijkbare manier uitpakt als een eigen risico aan de voet of een eigen bijdrage, verwachten we dat in 2005 minder ziekenfondsverzekerden door de huisarts naar de medisch specialist worden verwezen dan op grond van de trendmatige ontwikkeling uit de periode 2000-2004 wordt voorspeld. Figuur 4.1 brengt in beeld of dit inderdaad het geval is. Ter vergelijking toont de figuur ook de ontwikkeling van het aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 particulier verzekerden van 15 jaar en ouder.

Figuur 4.1: *Nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ingeschreven verzekerden van 15 jaar en ouder, 2000-2005<sup>a</sup>*



- a Trend ziekenfondsverzekerden in de periode 2000-2004: 2,6% groei per jaar.  
Trend particulier verzekerden in de periode 2000-2004: 4,9% groei per jaar.

Bron: Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (APE-bewerking)

Het aantal nieuwe verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder is in 2005 licht gedaald ten opzichte van 2004. In 2005 ligt het gerealiseerde aantal verwijzingen per 1.000 ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder op basis van voorlopige cijfers voor deze groep bovendien iets *onder* het trendmatig verwachte aantal verwijzingen, dat jaarlijks met 2,6% toeneemt. Dit laatste zou wellicht kunnen duiden op een bescheiden effect van de no-claimteruggaveregeling bij ziekenfondsverzekerden. Daar staat tegenover dat de

kennis van verzekerden over de werkingssfeer van de no-claimteruggave-regeling in het algemeen beperkt is, terwijl veel huisartsen aangegeven dat zij vrijwel nooit rekening houden met de no-claimteruggaveregeling (zie paragraaf 3.3). Niettemin geeft een klein deel van de verzekerden in het Consumentenpanel aan dat zij minder zorg hebben geconsumeerd onder invloed van de no-claimteruggaaf.

Met de thans beschikbare globale gegevens is het echter *niet* goed mogelijk om de exacte oorzaak van het achterblijvende aantal verwijzingen bij ziekenfondsverzekerden vast te stellen. Dit vergt een verdiepingsslag met gegevens op verzekerdeniveau, die in de tweede fase van de evaluatie is voorzien. Bij particulier verzekerden zien we in 2005 een lichte stijging van het aantal nieuwe verwijzingen per 1.000 verzekerden van 15 jaar en ouder ten opzichte van 2004. Trend en realisatie vallen bij particulier verzekerden nagenoeg samen.

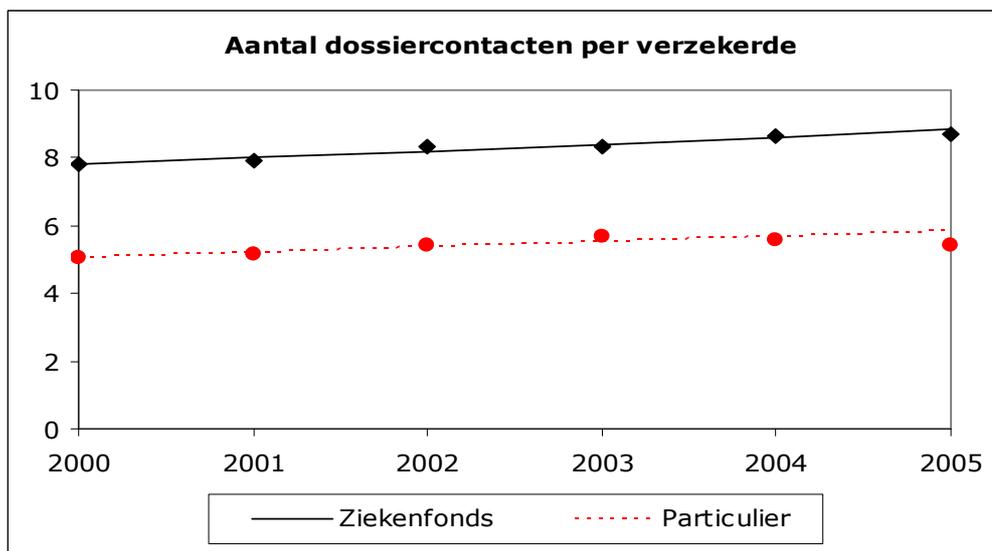
### **4.3 Beroep op de huisartsenzorg**

Contacten met de huisarts vallen niet onder de werkingssfeer van no-claimteruggaaf. Als ziekenfondsverzekerden hiervan goed op de hoogte zijn, ligt het niet voor de hand dat het beroep op de huisarts vermindert door de no-claimteruggaaf. Dat is echter wel het geval als ziekenfondsverzekerden denken dat het gebruik van huisartsenzorg ook van invloed is op de hoogte van de no-claimteruggaaf. Daarnaast is het denkbaar dat het beroep op de huisarts juist toeneemt door de invoering van de no-claimteruggaaf, omdat ziekenfondsverzekerden een bewuste afweging maken tussen 'gratis' huisartsenzorg en andere zorgvormen die wel ten koste gaan van de no-claimteruggaaf, zoals een bezoek aan de spoedeisende eerste hulp. De empirie moet uitwijzen welk effect domineert. Figuur 4.2 laat zien of het gerealiseerde aantal dossiercontacten per ziekenfondsverzekerde van 15 jaar en ouder afwijkt van de trendmatige ontwikkeling uit de periode 2000-2004, die een groei van 2,5% per jaar voorspelt.

De invloed van de no-claimteruggaaf op het beroep op de huisartsenpraktijk van ziekenfondsverzekerden lijkt *per saldo* verwaarloosbaar. Dat spoort met de verwachtingen van de geënquêteerde huisartsen: 82% verwacht geen invloed van de no-claimteruggaaf van het aantal contacten. Enerzijds treedt er geen waarneembaar negatief effect op: trend en voorlopige realisatie van het aantal dossiercontacten vallen nagenoeg samen. Anderzijds is evenmin sprake van een aantoonbare extra druk op de huis-

artsenzorg. Het is mogelijk dat beide tegengestelde effecten elkaar opheffen.

Figuur 4.2: *Dossiercontacten per verzekerde van 15 jaar en ouder, 2000-2005<sup>a</sup>*



a Trend ziekenfondsverzekerden in de periode 2000-2004: 2,5% groei per jaar.  
Trend particulier verzekerden in de periode 2000-2004: 2,8% groei per jaar.

Bron: Landelijk InformatieNetwerk Huisartsenzorg (APE-bewerking)

Bij particulier verzekerden blijft het beroep op de huisarts in 2005 licht achter bij de verwachte trendmatige ontwikkeling. De reden hiervan is moeilijk te duiden.

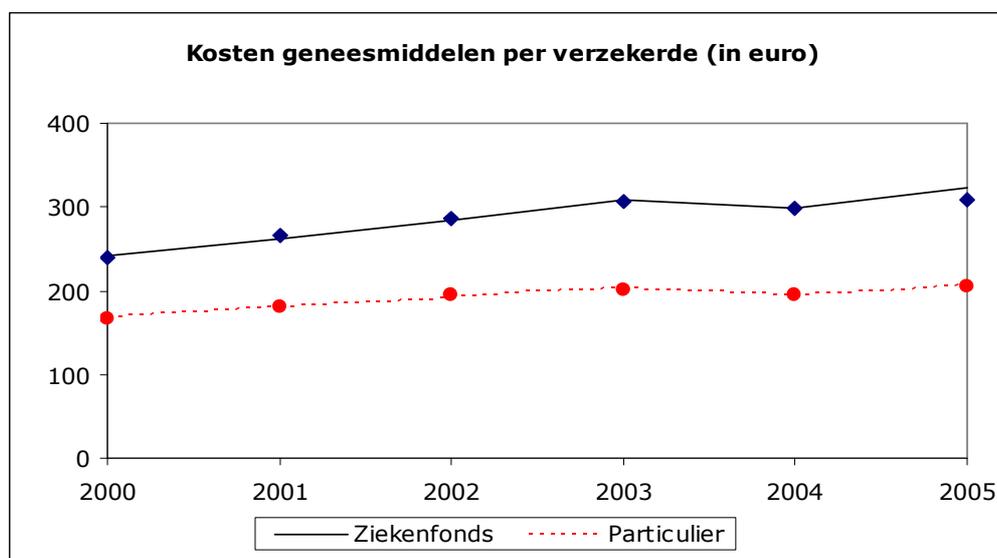
#### 4.4 Geneesmiddelen

De no-claimteruggaaf heeft mogelijk effect op het gebruik en de kosten van geneesmiddelen. Verzekerden kunnen bijvoorbeeld hun arts minder snel om een voorschrift vragen of om kleinere hoeveelheden geneesmiddelen per voorschrift. Zij kunnen daarnaast ook met hun arts overleggen of het mogelijk is om goedkopere, maar gelijkwaardige varianten voor te schrijven, zoals generieke geneesmiddelen in plaats van de duurdere specialités. Daarom bezien we of de gerealiseerde geneesmiddelenkosten per ziekenfondsverzekerde in 2005 al dan niet achterblijven bij het op grond van de trendmatige ontwikkeling uit de periode 2000-2004 verwachte niveau. De trends zijn zo goed mogelijk gecorrigeerd voor de effecten van

pakketwijzigingen en de prijsmaatregelen voor de (generieke) geneesmiddelen (zie Goudriaan *et al.* 2006).<sup>6</sup>

Figuur 4.3 vergelijkt de trend en de realisatie van de kosten per verzekerde. Bij ziekenfondsverzekerden blijven de gerealiseerde kosten per verzekerde in 2005 achter bij het op grond van de (gecorrigeerde) trendmatige ontwikkeling verwachte niveau. Bij particulier verzekerden is het verschil tussen trend en realisatie minder groot.

Figuur 4.3: *Kosten van geneesmiddelen per verzekerde, 2000-2005*<sup>a</sup>



- a Trend ziekenfondsverzekerden in de periode 2000-2004: 8,1% groei per jaar.  
Trend particulier verzekerden in de periode 2000-2004: 6,2% groei per jaar.

Bron: Stichting Farmaceutische Kengetallen (APE-bewerking)

Een nadere analyse van de geneesmiddelenkosten voor ziekenfondsverzekerden (zie Goudriaan *et al.* 2006)) leert ten eerste dat het gerealiseerde aantal voorschriften per verzekerde in 2005 vrijwel gelijk is aan het trendmatig verwachte niveau. Dit wijst niet op een effect van de no-claimteruggaaf. Ten tweede zien we dat de realisatie van de kosten per voorschrift in 2005 lager is dan de op grond van de (gecorrigeerde) trendmatige ontwikkeling verwachte kosten per voorschrift. Naast de aanscherping van het convenant in 2005 kan dit mogelijk ook een effect van de no-claimteruggaaf zijn. In 2005 worden relatief vaker goedkopere (generieke)

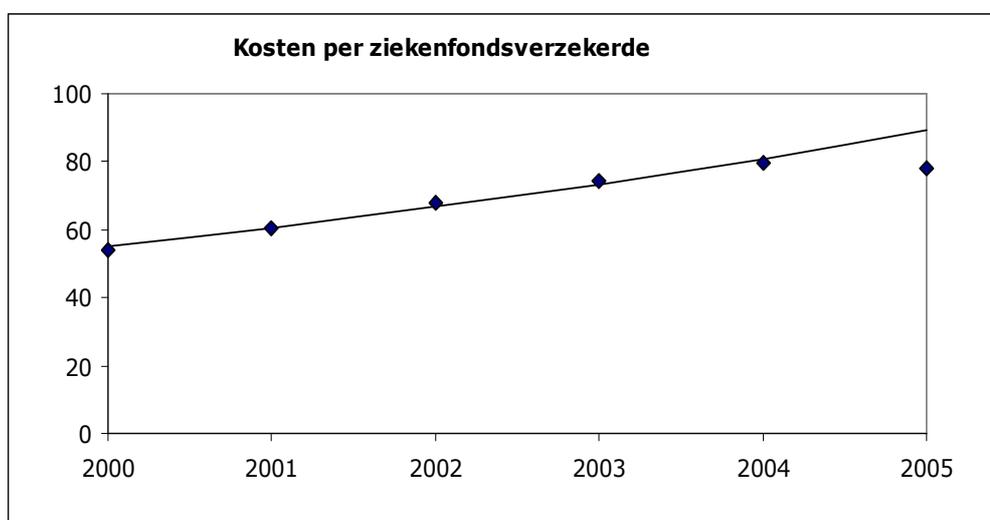
<sup>6</sup> Aangenomen wordt dat de kosten per verzekerde zich vanaf 2004 op een structureel lager niveau bevinden. Daarvoor hanteren wij bij de berekening van de trends een niveaucorrectie. Dit geschiedt via een dummyvariabele die zowel in 2004 als in 2005 de waarde één heeft (en nul in de eerdere jaren).

geneesmiddelen voorgeschreven.<sup>7</sup> Door beide ontwikkelingen blijven de gerealiseerde kosten per ziekenfondsverzekerde in 2005 per saldo achter bij het op grond van de gecorrigeerde trendmatige ontwikkeling verwachte niveau.

## 4.5 Hulpmiddelen

Voor hulpmiddelen geldt dat verzekerden hun arts kunnen vragen om goedkopere varianten voor te schrijven of de vervanging van hun huidige hulpmiddelen nog iets uit te stellen. De no-claimteruggaaf kan dit gedrag versterken. Als dergelijke effecten optreden, blijven de kosten van hulpmiddelen per verzekerde in 2005 achter bij de trendmatige ontwikkeling in de periode 2000-2004, die voorziet in een trendmatige stijging van 9,7% per jaar. Deze sterke stijging komt vooral voor rekening van de kosten per gebruiker (7,3% per jaar). Figuur 4.4 toont een vergelijking van de trendmatige en gerealiseerde kosten per ziekenfondsverzekerde.<sup>8</sup>

Figuur 4.4: *Kosten van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde, 2000-2005*



a Trend ziekenfondsverzekerden in de periode 2000-2004: 9,7% groei per jaar.

Bron: Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (APE-bewerking)

Voorlopige realisatiecijfers voor 2005 geven aan dat de kosten per ziekenfondsverzekerde in dat jaar iets onder het niveau van 2004 liggen en aan-

<sup>7</sup> In 2005 ligt het aandeel van generieke geneesmiddelen in het aantal voorschriften op een hoger dan het trendmatig niveau (zie het achtergrondrapport).

<sup>8</sup> Wij beschikken niet over vergelijkbare gegevens voor particulier verzekerden.

zienlijk lager zijn dan de trendmatig verwachte kosten per ziekenfondsverzekerde. Uit de informatie in het achtergrondrapport ( Goudriaan *et al.* 2006) kan worden opgemaakt dat de kosten per gebruiker in 2005 zijn gedaald en sterk achterblijven bij de trendmatige ontwikkeling. Het aantal gebruikers van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde bevindt zich in 2005 nagenoeg op het trendmatige niveau. De daling van de kosten per gebruiker vloeit voor een belangrijk deel voort uit het feit dat zorgverzekeraars de hulpmiddelen doelmatiger zijn gaan inkopen.<sup>9</sup> Dit effect wordt versterkt doordat ziekenfondsverzekerden kiezen voor het gebruik van goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen. Het is niet uitgesloten dat de no-claimteruggave-regeling hierbij een rol heeft gespeeld.

#### 4.6 Conclusies

In het hoofdstuk hebben wij op nationaal niveau onderzocht wat de mogelijke effecten van de no-claimteruggaaf zijn op het zorggebruik en de zorgkosten van ziekenfondsverzekerden in 2005. Het betreft een eerste, globale analyse. Op basis van de resultaten van het hoofdstuk kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Het aantal verwijzingen naar medisch specialisten per 1.000 ziekenfondsverzekerden van 15 jaar en ouder blijft in 2005 licht achter bij de trendmatige ontwikkeling. Dit is mogelijk een bescheiden effect van de no-claimteruggaaf.
- De invloed van de no-claimteruggaaf op het beroep op de huisartsenpraktijk lijkt verwaarloosbaar. Het is mogelijk dat dit een saldo-effect is waarbij positieve en negatieve effecten elkaar opheffen. Trend en realisatie van het aantal dossiercontacten per ziekenfondsverzekerde vallen in 2005 vrijwel samen.
- De gerealiseerde kosten van geneesmiddelen per ziekenfondsverzekerde blijven in 2005 achter bij de gecorrigeerde trendmatige ontwikkeling. Dat komt vooral door lagere kosten per voorschrift. Naast de aanscherping van het convenant in 2005 wijst dit op een mogelijk effect van de no-claimteruggaaf, waarbij vaker goedkopere (generieke) geneesmiddelen zijn voorgeschreven.

---

<sup>9</sup> De enige overheidsmaatregel die in 2005 een kostendaling met zich mee zou kunnen brengen, is een beperking van de vergoeding voor gehoortoestellen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel). De cijfers laten echter slechts een zeer geringe daling zien voor de kosten van auditieve hulpmiddelen.

- In 2005 stijgen de kosten van hulpmiddelen per ziekenfondsverzekerde minder sterk dan op grond van de trendmatige ontwikkeling zou worden verwacht. Dat vloeit primair voort uit een daling van de kosten per gebruiker van hulpmiddelen. Zorgverzekeraars zijn de hulpmiddelen doelmatiger gaan inkopen. Daarnaast is het mogelijk dat verzekerden deels onder invloed van no-claimteruggaaf hebben gekozen voor goedkopere hulpmiddelen of voor een minder snelle vervanging van bestaande hulpmiddelen.

Nader onderzoek op verzekerdenniveau moet uitwijzen wat de daadwerkelijke bijdrage van de no-claimteruggaaf is geweest aan de in dit hoofdstuk geschetste ontwikkeling van het zorggebruik op nationaal niveau. De no-claimteruggaaf is immers vooral effectief bij verzekerden met zorgkosten onder of vlak boven de no-claimteruggavegrens. Daarom is voor de tweede fase van de evaluatie een *verdiepingsslag* op verzekerdenniveau voorzien.

## LITERATUUR

Goudriaan, R., en R.W.D.J., Snijders, 2005, *Evaluatiekader voor de no-claimteruggaveregeling*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 293)

Goudriaan, R., H. Bartelings, V. Thio en R.W.D.J. Snijders, 2006, *Evaluatie van de no-claimteruggaveregeling I: Achtergrondrapport van de eerste fase*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 343a)

Tweede Kamer, 2004/2005, 29.483, nr. 25, *Wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat*

Tweede Kamer, 2005/2006, 29.689, nr. 81, *Herziening Zorgstelsel*