

Keuzebeïnvloeding via eigen risico werkt, maar kan beter

Stéphanie van der Geest en Marco Varkevisser

Sinds 2009 is het zorgverzekeraars toegestaan om het verplicht eigen risico niet bij verzekerden in rekening te brengen als deze kiezen voor een vooraf aangewezen voorkeursaanbieder. In 2009 heeft De Friesland Zorgverzekeraar dit sturingsinstrument bij wijze van experiment ingezet voor staar- en spataderbehandelingen. Een eerste evaluatie van dit experiment laat een bescheiden effect zien op het keuzegedrag van patiënten. Alleen bij spataderbehandelingen lijkt de inzet van het eigen risico tot een verschuiving van marktaandelen te hebben geleid, in het voordeel van de voorkeursaanbieders. Bij de huidige vormgeving is keuzebeïnvloeding via het eigen risico het meest geschikt voor zorgvormen waarvoor geldt dat de betreffende patiëntenpopulatie relatief weinig chronisch zieken en ouderen bevat. De effectiviteit van het gedifferentieerd eigen risico als sturingsinstrument kan worden vergroot door (i) het eigen risicobedrag generiek te verhogen, (ii) te kiezen voor een verschoven startpunt voor chronisch zieken en ouderen of (iii) bij de keuze voor een voorkeursaanbieder (een deel van) het eigen risico voor het gehele kalenderjaar kwijt te schelden.

1 Inleiding

Doel van de ingezette stelselwijziging in de curatieve zorg is dat zorgverzekeraars als kritische inkopers van zorg voor hun verzekerden de doelmatigheid van de zorgverlening bevorderen. Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) mogen verzekeraars hiervoor selectief contracten sluiten met bepaalde zorgaanbieders. Tot nu toe maken verzekeraars nauwelijks gebruik van deze mogelijkheid, want de meeste zorgaanbieders worden

gecontracteerd (NZa 2010).¹ Vrijwel alle verzekeraars beperken zich tot gedifferentieerde contracten en proberen hun verzekerden te stimuleren om van bepaalde voorkeursaanbieders gebruik te maken. Met deze aanbieders hebben verzekeraars gunstige contracten gesloten. Hoe beter zorgverzekeraars in staat zullen zijn om het keuzegedrag van verzekerden te beïnvloeden (sturen), hoe effectiever ze druk kunnen uitoefenen op zorgaanbieders om hun prestaties te verbeteren (Varkevisser et al. 2006).

Sinds 1 januari 2009 hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om hun verzekerden door middel van een gedifferentieerd eigen risico te stimuleren een voorkeursaanbieder te kiezen (Staatsblad 2008). Als een verzekerde gebruikmaakt van een voorkeursaanbieder, worden de kosten van de zorg geheel of gedeeltelijk buiten het wettelijk verplicht eigen risico gehouden. Voor het vrijwillig eigen risico was dat al mogelijk. In 2009 hebben vijftien zorgverzekeraars het eigen risico als sturingsinstrument ingezet (NZa 2009a). De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) was één van deze verzekeraars. Bij wijze van experiment is in 2009 het eigen risico bij staar- en spataderbehandelingen gedifferentieerd naar zorgaanbieder. In dit artikel wordt onderzocht of het éénjarige experiment van DFZ heeft geleid tot een significante toename van de marktaandeelen van de voorkeursaanbieders.

2 Eénjarig experiment: De Friesland Zorgverzekeraar

Om de keuzen van hun verzekerden te beïnvloeden heeft DFZ in 2009 bij wijze van experiment voor staar- en spataderbehandelingen het gedifferentieerd eigen risico als sturingsinstrument ingezet. Deze regeling was dat jaar als volgt vormgegeven. Als een verzekerde voor één van de aangewezen voorkeursaanbieders kiest, dan brengt DFZ voor de betreffende behandeling het eigen risico niet bij de verzekerde in rekening. Deze regeling betreft zowel het verplicht eigen risico (155 euro in 2009) als het vrijwillig eigen risico (maximaal 500 euro), zodat het financiële voordeel voor een DFZ-verzekerde kan oplopen tot maximaal 655 euro. Voor zowel staar- als spataderbehandelingen, die beide deel uitmaken van het vrije B-segment, zijn de marktconforme tarieven in Nederland namelijk hoger dan het

¹ De veelbesproken beslissing van zorgverzekeraar CZ om voor 2011 enkele ziekenhuizen niet langer te contracteren voor de behandeling van borstkanker vormt hierop een recente uitzondering. Zie bijvoorbeeld het artikel 'CZ doet zes ziekenhuizen in de ban' in *Trouw* op 28 september 2010.

(maximale) eigen risico.² Wel geldt dat het eigen risico niet voor het gehele kalenderjaar wordt kwijtgescholden. Dit betekent dat het eigen risico alsnog in rekening wordt gebracht als later in het jaar andere zorgkosten worden gemaakt waarvoor eveneens het eigen risico geldt. In het geval waarin de verzekerde het eigen risico reeds volledig heeft betaald is er feitelijk geen financieel voordeel wanneer gekozen wordt voor een voorkeursaanbieder. De hoogte van het financiële voordeel is dus sterk afhankelijk van ander zorggebruik gedurende het kalenderjaar.

Voor staarbehandelingen heeft DFZ voor het kalenderjaar 2009 drie ziekenhuizen en één zelfstandig behandelcentrum als voorkeursaanbieder aangewezen (het Medisch Centrum Leeuwarden met locaties in Leeuwarden en Harlingen, ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum, het Antonius Ziekenhuis in Sneek en het Oogheelkundig Medisch Centrum Noord in Groningen). Voor spataderbehandelingen zijn eveneens drie ziekenhuizen en één zelfstandig behandelcentrum aangewezen (het Medisch Centrum Leeuwarden, UMC Groningen, het Bethesda Ziekenhuis in Hogeveen en de Braamkliniek in Assen). DFZ heeft deze aanbieders medio 2008 geselecteerd op basis van uitgebrachte offertes. Volgens de zorgverzekeraar kunnen de aangewezen voorkeursaanbieders voor staar- en spataderbehandelingen een beter dan gemiddelde kwaliteit leveren. Het gaat om verschillende kwaliteitsaspecten, te weten de professionele kwaliteit (zoals het volgen van richtlijnen), de organisatorische kwaliteit (zoals de wachttijd) en de relationele kwaliteit (zoals patiënttevredenheid). Op haar website heeft DFZ voor verzekerden per voorkeursaanbieder aangegeven op welke manier de aanbieder in positieve zin afwijkt ten opzichte van de gemiddelde behandeling (zie Tabel 1). Wat opvalt is dat DFZ de keuze van voorkeursaanbieders voor 2009 vooral lijkt te baseren op een goede organisatorische kwaliteit.

In september 2009 heeft DFZ besloten het experiment in 2010 niet te continueren, maar eerst onderzoek te doen naar de effecten. De verzekeraar noemt hiervoor twee redenen (De Friesland 2009). In de eerste plaats blijken de verzekerden kritisch te reageren op de regeling. In plaats van een positieve prikkel beschouwen ze de inzet van het eigen risico als een straf. Zij voelen zich min of meer door DFZ gedwongen naar de voorkeursaanbieders te gaan en ervaren dit als een aantasting van hun vrije artskeuze. Dit illustreert het vertrouwensprobleem waarmee zorgverzekeraars nu te maken hebben: verzekerden blijken niet bereid om advies van hun zorgverzekeraar met betrekking tot de keuze voor een zorgaanbieder op te volgen (Boonen en Schut 2009). In de tweede plaats concludeert DFZ dat het

² Het marktconforme tarief bedraagt voor een reguliere poliklinische staarbehandeling circa 1000 euro en voor een reguliere poliklinische spataderbehandeling circa 1200 euro.

nog moeilijk is om de kwaliteit van een behandeling te bepalen. Er is niet alleen nog veel discussie over de te hanteren kwaliteitscriteria, ook zijn de beschikbare kwaliteitsgegevens volgens de verzekeraar nog niet betrouwbaar genoeg.

Tabel 1 Door DFZ aangewezen voorkeursaanbieders, 2009

<i>Staarbehandelingen</i>	Kwaliteitsaspect(en) met positieve afwijking
Medisch Centrum Leeuwarden	Eerste afspraak binnen 5 weken. Behandeling conform kwaliteitscriteria Nederlandse vereniging voor Oogheelkunde. Polikliniek m.b.t. patiënttevredenheid door onderzoeksbureau Prismant uitgeroepen tot 'best practices' van Nederland.
De Sionsberg	Eerste afspraak binnen 1 dag mogelijk, hierna kunt u binnen één week geholpen worden.
Antonius Ziekenhuis	Eerste afspraak binnen 3 weken. Keuze voor soort verdoving.
Oogheelkundig Medisch Centrum Noord	Eerste afspraak binnen 2 weken.
<i>Spataderbehandelingen</i>	Kwaliteitsaspect(en) met positieve afwijking
Medisch Centrum Leeuwarden	Eerste afspraak poli 1 week. One stop shop. Multidisciplinair spreekuur, in één bezoek diagnose en behandelafpraak. Meerdere chirurgische behandel mogelijkheden (Laser VNUS, etc.).
UMC Groningen	One stop shop. Bij snelpoli dermatologie behandeling meteen bij eerste afspraak. Eerste afspraak chirurgie en snelpoli binnen een week na afspraak. O.a. RFO (radiogolven) behandeling.
Bethesda Ziekenhuis	Eerste afspraak binnen 1 week. Laserbehandeling mogelijk.
Braamkliniek	One stop shop. Eerste afspraak binnen 1 week. Binnen 2 weken kunt u geholpen worden. De kliniek geeft een garantie van één jaar op de operatie.

Bron: www.defriesland.nl/consumenten/verzekeringen/zorgverzekeringenconsumenten/inzet-eigen-risico.htm.

3 Methode en data

Om de effectiviteit van de inzet van het gedifferentieerd eigen risico door DFZ te beoordelen, toetsen we met behulp van een lineaire regressie of sprake is van een significant positieve relatie tussen het in 2009 aangewezen zijn als voorkeursaanbieder en de verandering van het marktaandeel in dat jaar ten opzichte van 2008. We gebruiken hiervoor declaratiegegevens per Diagnose Behandeling Combinatie (DBC) voor staar- en spataderbehandelingen uit de periode 2006-2009 die DFZ medio juni 2010 voor deze evaluatie beschikbaar heeft gesteld. Om te corrigeren voor een mogelijke trendmatige ontwikkeling in het marktaandeel van iedere zorgaanbieder nemen we in het model (i) de verandering van het marktaandeel van 2008 ten opzichte van 2007 of (ii) de gemiddelde jaarlijkse verandering in marktaandeel gedurende de periode 2006-2008 mee. In een alternatief model corrigeren we expliciet voor een verandering in gepercipieerde kwaliteit die eveneens voor een verandering in het marktaandeel kan hebben gezorgd. Hiervoor gebruiken we informatie over de reputatie van zorgaanbieders zoals die blijkt uit het onderzoek dat weekblad *Elsevier* jaarlijks doet onder medisch specialisten, verpleegkundigen, bestuurders/managers van ziekenhuizen en huisartsen ('peer review').³ Dit onderzoek heeft alleen betrekking op ziekenhuizen, zodat de reputatie van de zelfstandige behandelcentra onbekend is. De schattingsresultaten van deze modelspecificatie hebben dan ook uitsluitend betrekking op de verandering van het marktaandeel bij ziekenhuizen.

Declaratiegegevens. Het declaratiebestand van DFZ bevat voor de periode 2006-2009 in totaal 18.134 declaraties voor een reguliere staarbehandeling en 9.441 declaraties voor een reguliere spataderbehandeling. Staar- en spataderpatiënten worden vaak meer dan één keer behandeld voor hun aandoening. Bij staar bijvoorbeeld wordt per DBC één oog behandeld. Het declaratiebestand bevat dan ook vaak meer dan één declaratie per patiënt. Vrijwel zonder uitzondering gaat het om een extra DBC-declaratie van dezelfde zorgaanbieder. Om het marktaandeel van de zorgaanbieders hiervoor te zuiveren nemen we per individuele patiënt alleen de eerste declaratie in het kalenderjaar mee in de analyse. Per declaratie zijn naast de zorgvraag (DBC-code), datum en de zorgaanbieder ook enkele gegevens van de patiënt bekend, namelijk postcode, leeftijd, geslacht en eigen risico. Uit de declaratiegegevens blijkt dat het noorden van Nederland tot het

³ Hoewel dit onderzoek aan kritiek onderhevig is, is volgens Pons et al. (2009) de op 'peer-review' gebaseerde ranglijst van *Elsevier* beter dan de *AD*-ranglijst omdat de positieveranderingen meer consistent in de tijd zijn.

kerngebied van DFZ behoort. Het is dan ook niet verrassend dat de door DFZ aangewezen voorkeursaanbieders zich allen bevinden in Noord-Nederland. Vanwege de zeer sterke concentratie van verzekerden in de provincie Friesland (circa 95 procent) gebruiken we alleen de gegevens van alle Friese DFZ-verzekerden om de effectiviteit van het ingezette sturingsinstrument te analyseren.

Marktaandelen. Voor de berekening van de marktaandelen gaan we uit van een realistische inperking van de keuzeset. Uit de declaratiegegevens blijkt dat het overgrote deel van de Friese verzekerden voor een staar- of spataderbehandeling een zorgaanbieder binnen de eigen provincie bezoekt. In 2009 is 98 procent van de staarpatiënten en 93 procent van de spataderpatiënten behandeld in één van de vijf Friese ziekenhuizen. De meeste Friese patiënten die hun staarbehandeling niet in Friesland hebben ondergaan, zijn behandeld in het UMC Groningen of het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Een groot deel van de spataderpatiënten die zich buiten de eigen provincie heeft laten behandelen is naar een zelfstandig behandelcentrum gegaan, te weten de Braamkliniek in Assen. Met behulp van een reistijdenmatrix is de gemiddelde reistijd van de gehele groep Friese staar- en spataderpatiënten berekend.⁴ Gemiddeld reizen zowel staar- als spataderpatiënten circa 24 minuten naar hun zorgaanbieder. Mede op grond hiervan richten we onze analyse van de marktaandelen op alle door DFZ gecontracteerde zorgaanbieders ten noorden van de denkbeeldige lijn Alkmaar-Zwolle-Emmen. Uiteindelijk resulteren voor de berekening van de marktaandelen in totaal 12.381 declaraties voor staarbehandelingen en 5.860 voor spataderbehandelingen, waarvan er respectievelijk 3.151 en 1.183 betrekking hebben op het jaar 2009.

In bovengenoemd gebied heeft DFZ voor staarbehandelingen en spataderbehandelingen respectievelijk twintig en vijfentwintig zorgaanbieders gecontracteerd, waaronder respectievelijk één en zes zelfstandige behandelcentra. Voor het kalenderjaar 2009 heeft DFZ voor beide behandelingen vier aanbieders als voorkeursaanbieder aangewezen. De verandering van het marktaandeel in 2009 ten opzichte van 2008 is voor de voorkeursaanbieders van staarbehandelingen gemiddeld -0,1 procentpunt (zie Tabel 2). Dit komt overeen met de gemiddelde verandering van het marktaandeel in het vorige jaar. De verandering van het marktaandeel in 2009 varieert van minimaal -2,3 procentpunt tot maximaal +4,5 procentpunt. Gemiddeld genomen is het marktaandeel van de aanbieders zonder voorkeursstatus niet veranderd.

⁴ Deze matrix bevat de reistijden per auto tussen alle viercijferige postcodes in Nederland en houdt zoveel mogelijk rekening met de kenmerken van het onderliggende wegennet.

Tabel 2 Beschrijvende statistieken verandering marktaandeel (in procentpunten)

Staarbehandelingen	Voorkeursaanbieders(n=4)				Niet-voorkeursaanbieders(n=16)			
	Gem.	Sd.	Min.	Max.	Gem.	Sd.	Min.	Max.
Δ Marktaandeel '08-'09	- 0,1	3,2	- 2,3	4,5	0,0	0,2	- 0,4	0,5
Δ Marktaandeel '07-'08	- 0,1	0,6	- 1,0	0,3	0,0	0,2	- 0,2	0,5
Δ Marktaandeel '06-'08 (gem.)	0,4	0,3	0,1	0,7	- 0,1	0,5	- 1,9	0,4

Spataderbehandelingen	Voorkeursaanbieders(n=4)				Niet-voorkeursaanbieders(n=16)			
	Gem.	Sd.	Min.	Max.	Gem.	Sd.	Min.	Max.
Δ Marktaandeel '08-'09	2,1	2,5	- 0,1	4,9	- 0,4	1,6	- 4,6	2,7
Δ Marktaandeel '07-'08	0,3	0,5	- 0,1	1,1	- 0,1	0,5	- 1,4	1,4
Δ Marktaandeel '06-'08 (gem.)	0,2	0,9	- 0,6	1,5	- 0,0	0,5	- 1,1	1,5

Bij spataderbehandelingen hebben de voorkeursaanbieders hun marktaandeel in 2009 gemiddeld genomen zien stijgen met 2,1 procentpunt ten opzichte van 2008. In het voorgaande jaar bedroeg de gemiddelde stijging van het marktaandeel 0,3 procentpunt. De niet-voorkeursaanbieders hebben hun marktaandeel in 2009 zien dalen met gemiddeld 0,4 procentpunt. Ook het jaar daarvoor hadden de niet-voorkeursaanbieders gemiddeld genomen te maken met een daling van hun marktaandeel. In hoeverre de status van voorkeursaanbieder heeft geleid tot een significant sterkere toename van het marktaandeel in 2009 moet blijken uit de regressieanalyse.

Reputatie ziekenhuizen. Van alle negentien door DFZ gecontracteerde ziekenhuizen is voor 2008 en 2009 door het jaarlijkse onderzoek van *Elsevier* (2008 en 2009) informatie beschikbaar over de reputatie van ziekenhuizen. Dit betreft zowel de algemene reputatie als die op het gebied van oogheelkunde (relevant voor staarbehandelingen) en chirurgie (relevant voor spataderbehandelingen). Voor de algemene reputatie zijn ziekenhuizen beoordeeld op vijf punten (medische prestaties, veiligheid van patiënten, toerusting, bedrijfsvoering en verpleging). De eindbeoordeling kan variëren van 1 (zwak) tot 5 (uitstekend). De reputatie voor oogheelkunde en chirurgie betreft het percentage ondervraagden dat het ziekenhuis voor het betreffende specialisme een compliment geeft en kan derhalve variëren van 0 tot 100. In Tabel 3 staan de beschrijvende statistieken met betrekking tot de verandering in reputatie in 2009 ten opzichte van 2008, uitgesplitst naar voorkeursaanbieders en niet-voorkeursaanbieders. Opvallend is dat de reputatie voor het relevante specialisme bij de voorkeursaanbieders in 2009 ten opzichte van het voorgaande jaar gemiddeld is verslechterd, terwijl de reputatie van de aanbieders zonder voorkeursstatus gemiddeld is verbeterd. Wel geldt dat de voorkeursziekenhuizen gemiddeld genomen

een betere reputatie hebben dan de niet-voorkeursziekenhuizen. Er bestaat tussen deze ziekenhuiskenmerken (algemene reputatie, reputatie voor specialisme en voorkeursaanbieder) overigens geen significante samenhang, zodat geen sprake is van multicollineariteit.

Tabel 3 Beschrijvende statistieken verandering reputatie

Staarbehandelingen	Voorkeursaanbieders (n=3)				Niet-voorkeursaanbieders (n=16)			
	Gem.	Sd.	Min.	Max.	Gem.	Sd.	Min.	Max.
Δ Reputatie algemeen '08-'09	0	2	-2	1	0	1	-2	3
Δ Reputatie oogheelkunde '07-'08	-3	10	-13	7	4	8	-6	18
Spataderbehandelingen	Voorkeursaanbieders (n=4)				Niet-voorkeursaanbieders (n=16)			
	Gem.	Sd.	Min.	Max.	Gem.	Sd.	Min.	Max.
Δ Reputatie algemeen '08-'09	0	1	-1	0	0	1	-2	3
Δ Reputatie chirurgie '08-'09	-2	6	-9	3	3	5	-6	11

4 Effectiviteit experiment

Lineaire regressie verandering marktaandeel zorgaanbieders. Tabel 4 geeft de schattingsresultaten van de verschillende modelspecificaties weer. Bij staarbehandelingen valt direct op dat de verandering van het marktaandeel in 2009 ten opzichte van 2008 vooral verklaard wordt door de verandering van het marktaandeel één jaar eerder (2008 ten opzichte van 2007). Opvallend daarbij is dat de zorgaanbieders die in 2009 hun marktaandeel hebben zien toenemen, in 2008 juist te maken hadden met een daling. Zoals model C laat zien vormen veranderingen in reputatie hiervoor geen verklaring. Ook de status van voorkeursaanbieder heeft bij staarbehandelingen geen significant effect gehad op de marktaandelen van zorgaanbieders.

Bij spataderbehandelingen blijkt dit laatste wel het geval te zijn. Voor deze vorm van zorg geldt dat, ook als gecorrigeerd wordt voor een trendmatige ontwikkeling in marktaandeel, de voorkeursaanbieders in 2009 hun marktaandeel ten opzichte van 2008 met gemiddeld bijna 2 procentpunt hebben zien toenemen. Het gevonden effect is significant op 95%-niveau. Net als bij staarbehandelingen geldt ook hier dat veranderingen in reputatie geen verklaring bieden voor de veranderingen in marktaandelen. Wanneer deze verklarende variabelen aan het model worden toegevoegd, is de coëfficiënt die voor de voorkeursaanbieders wordt gevonden weliswaar niet langer significant, maar dat is te wijten aan de forse afname van het aantal

observaties (vrijheidsgraden). Voor de zes door DFZ gecontracteerde zelfstandige behandelcentra is namelijk geen informatie over de reputatie beschikbaar zodat deze in model C niet kunnen worden meegenomen.

Tabel 4 Lineaire regressie verandering van het marktaandeel 2009 t.o.v. 2008

	Model A		Model B		Model C	
	Coëff.	S.e.	Coëff.	S.e.	Coëff.	S.e.
Staarbehandeling						
Voorkeursaanbieder in 2009	-0,003	0,004	0,000	0,007	0,000	0,008
Δ Marktaandeel '07-'08	-3,529	0,628	***			
Δ Marktaandeel '06-'08			- 1,195	0,645		
Δ Reputatie algemeen '08-'09					0,001	0,004
Δ Reputatie oog '08-'09					0,000	0,001
R ²	0,64		0,01		0,01	
Aantal observaties	20		20		19	
Spataderbehandelingen						
Voorkeursaanbieder in 2009	0,018	0,009	**	0,019	0,009	** 0,014 0,011
Δ Marktaandeel '07-'08	1,178	0,664	*			
Δ Marktaandeel '06-'08				0,865	0,608	
Δ Reputatie algemeen '08-'09					-0,001	0,004
Δ Reputatie chirurgie '08-'09					-0,001	0,001
R ²	0,30		0,26		0,18	
Aantal observaties	25		25		19	

S.e. = standaardfout; *** significantie 1%, ** significantie 5%, * significantie 10%.

Er zijn twee mogelijke verklaringen voor het verschil dat ten aanzien van de voorkeursstatus tussen beide zorgvormen wordt gevonden. In de eerste plaats zijn bij staarbehandelingen de drie zorgaanbieders die in 2008 de grootste marktaandelen hadden (gezamenlijk 67 procent) in 2009 door DFZ allemaal geselecteerd als voorkeursaanbieders. Het gezamenlijk marktaandeel van de in 2009 aangewezen voorkeursaanbieders voor spataderbehandelingen daarentegen was in 2008 aanzienlijk lager (38 procent). Het potentiële effect van het sturingsinstrument op de marktaandelen is hierdoor voor staarbehandelingen bij voorbaat kleiner dan voor spataderbehandelingen. De groep potentiële overstappers is bij laatstgenoemde zorgvorm namelijk groter.

In de tweede plaats lijkt het verschil in effect verklaard te kunnen worden door verschillen in de patiëntenpopulatie. Op voorhand valt te verwachten dat de effectiviteit van het gedifferentieerd eigen risico wordt bepaald door het (verwachte) financiële voordeel voor de verzekerde. Door

de vormgeving van het sturingsinstrument is het financiële voordeel afhankelijk van de omvang van het totale eigen risico (som van het wettelijk verplicht eigen risico en het vrijwillig eigen risico) en mogelijk andere gemaakte zorgkosten waarvoor eveneens het eigen risico geldt. Dit betekent dat de financiële prikkel niet voor iedere verzekerde hetzelfde is. Zo hebben verzekerden met alleen een verplicht eigen risico vanzelfsprekend een kleiner potentieel voordeel dan verzekerden die ook een vrijwillig eigen risico hebben. Daarnaast zullen chronisch zieken en ouderen met veel zorggebruik waarschijnlijk niet kunnen profiteren van de regeling, omdat zij ongeacht of ze wel of niet naar een voorkeursaanbieder gaan hun gehele eigen risico wel aan andere zorgkosten kwijt zullen zijn.

Verschillen in patiëntenpopulaties. Het in 2008 betaalde eigen-risicobedrag vormt een voor de hand liggende voorspeller voor het verwachte financiële voordeel van verzekerden in 2009. Tabel 5 geeft enkele beschrijvende statistieken van de patiëntenpopulatie van staar- en spataderbehandelingen weer. Uit de tabel blijkt dat in 2008 binnen de groep spataderpatiënten meer mensen (1,9 procent) gekozen hebben voor een vrijwillig eigen risico dan binnen de groep staarpatiënten (0,6 procent). Het percentage ligt voor beide patiëntenpopulaties weliswaar ver onder het nationale gemiddelde van 5,1 procent van alle verzekerden (NZa 2009b), maar de groep met het grootste potentiële voordeel is procentueel bij spataderbehandelingen ruim drie keer zo groot dan bij staarbehandelingen. Voor negen van de tien DFZ-verzekerden die in 2009 een staaroperatie hebben ondergaan geldt dat zij in 2008 het eigen-risicobedrag geheel hebben uitgegeven. Bij spataderbehandelingen gaat het om zeven van de tien DFZ-verzekerden die in 2009 zijn behandeld. Bovendien geldt voor deze patiëntenpopulatie dat 14 procent van hen in 2008 slechts een kwart of minder van het totale eigen-risicobedrag heeft moeten betalen. Ter vergelijking, voor de staarpatiënten bedraagt dit percentage niet meer dan 5 procent. Deze verschillen zijn gezien de leeftijdsopbouw van de patiëntenpopulatie niet verrassend. Aangezien de zorgkosten sterk stijgen naarmate iemand ouder is, is het realistisch om te verwachten dat staarpatiënten meer andere zorgkosten hebben dan spataderpatiënten.

Tabel 5 Beschrijvende statistieken patiënten behandeld in 2009

	Staarbehandeling (n=2189)	Spataderbehandeling (n=1112)
Vrijwillig eigen risico, 2008	0,6%	1,9%
Eigen-risicobedrag in 2008:		
100% betaald	91%	74%
≤25% betaald	5%	14%
≤50% betaald	6%	20%
≤75% betaald	7%	24%
Gemiddelde leeftijd (jaren)	73	51

Logistische regressie keuzegedrag spataderpatiënten. Om na te gaan of het verwachte financiële voordeel inderdaad een logische verklaring vormt voor de bij spataderbehandelingen gevonden verschuiving in marktaandeelen schatten we een logistische regressie. Met behulp hiervan toetsen we of het in 2008 betaalde eigen-risicobedrag als percentage van het totale eigen risico de kans vergroot dat een DFZ-verzekerde in 2009 een voorkeursaanbieder kiest. Hierbij houden we expliciet rekening met de mogelijkheid dat verzekerden een voorkeursaanbieder bezoeken, simpelweg omdat het voor hen de dichtstbijzijnde zorgaanbieder is. Bovendien houden we in de vergelijking rekening met de extra reistijd (in minuten) die de keuze voor een voorkeursaanbieder minimaal met zich mee zou brengen.

Tabel 6 geeft de schattingsresultaten van twee modelspecificaties weer, inclusief de significante marginale effecten. Het marginale effect van een variabele betreft de mate waarin de geschatte kans verandert indien de betreffende variabele met één eenheid toeneemt. De kans dat een verzekerde van DFZ in 2009 voor een spataderbehandeling een voorkeursaanbieder bezoekt, blijkt *ceteris paribus* met ruim 50 procent toe te nemen wanneer de dichtstbijzijnde aanbieder is aangewezen als voorkeursaanbieder. Dezelfde kans neemt *ceteris paribus* met 20 procent af als de keuze voor een voorkeursaanbieder ten opzichte van het dichtstbijzijnde alternatief, zijnde een niet-voorkeursaanbieder, minimaal 10 minuten extra reistijd inhoudt. Reistijd blijkt dus van grote invloed op de beslissing van patiënten om wel of niet een voorkeursaanbieder te bezoeken. Interessant is echter dat het verwachte financiële voordeel dat de inzet van het gedifferentieerd eigen risico met zich meebrengt de kans dat een spataderpatiënt voor een voorkeursaanbieder kiest eveneens beïnvloedt. Uit model A blijkt dat deze kans met 10 procent afneemt als het eigen-risicobedrag dat de betreffende patiënt in 2008 heeft betaald 1 procent hoger is dan gemiddeld (81 procent). Model B laat zien dat de kans dat iemand een voorkeursaanbieder kiest met 12 procent toeneemt wanneer de verzekerde in 2008 minder dan 25 procent van het totale eigen-risicobedrag heeft betaald. Gemiddeld gaat het

dan om een bedrag van 44 euro. Verder blijken vrouwen meer dan mannen geneigd om een voorkeursaanbieder te kiezen.

Tabel 6 Logistische regressie van de keuze voor een voorkeursaanbieder in 2009

	Model A			Model B				
	Coëff.	S.e.	M.e. %	Coëff.	S.e.	M.e. %		
Spataderbehandelingen								
Constante	-0,064	0,416		-0,446	0,413			
Voorkeursaanbieder dichtstbijzijnd	2,366	0,267	***	52	2,375	0,267	***	53
Extra reistijd voorkeursaanbieder	-0,080	0,011	***	-2	-0,080	0,011	***	-2
Leeftijd	0,001	0,006			0,000	0,006		
Vrouw	0,499	0,203	**	12	0,518	0,204	**	13
Eigen-risicobedrag 2008 (%)	-0,405	0,239	*	-10				
Eigen-risicobedrag 2008 \leq 25%					0,469	0,235	**	12
Correcte voorspellingen:								
Voorkeursaanbieder gekozen				71%				71%
Niet-voorkeursaanbieder gekozen				93%				93%
Totaal				83%				83%
Adjusted R ²				0,40				0,40
Aantal observaties				1111				1111

S.e. = standaardfout; M.e. = marginale effect; *** significantie 1%, ** significantie 5%, * significantie 10%.

5 Conclusie

De inzet van het gedifferentieerd eigen risico als sturingsinstrument door DFZ lijkt in 2009 een bescheiden effect te hebben gehad. Voor spataderbehandelingen wordt op grond van tot nu toe beschikbare declaratiegegevens een positief effect gevonden: de status van voorkeursaanbieder heeft bij deze zorgvorm het marktaandeel van de betreffende zorgaanbieders ten opzichte van het voorgaande jaar met gemiddeld bijna 2 procentpunt doen toenemen. Bij staarbehandelingen daarentegen vinden we geen significante samenhang tussen de status van voorkeursaanbieder en de verandering van het marktaandeel in 2009 ten op zichte van 2008.

Voor het verschil in effect tussen beide zorgvormen zijn twee mogelijke verklaringen. De eerste is dat bij staarbehandelingen de groep potentiële overstappers fors kleiner is dan bij spataderbehandelingen. Het gezamenlijk marktaandeel van de in 2009 aangewezen voorkeursaanbieders bedraagt in 2008 voor staarbehandelingen namelijk reeds 67 procent, terwijl dit bij spataderbehandelingen 38 procent is. De vormgeving van het stu-

ringsinstrument vormt de tweede mogelijke verklaring voor het gevonden verschil. Doordat het eigen risico niet wordt kwijtgescholden is de precieze financiële prikkel die een verzekerde ervaart sterk afhankelijk van ander zorggebruik in het kalenderjaar. Staarpatiënten zijn gemiddeld genomen relatief oud en mede hierdoor is de kans aanzienlijk groter dat zij geen financieel voordeel zullen behalen wanneer ze voor een voorkeursaanbieder kiezen. Bij spataderbehandelingen is de groep verzekerden waarvoor de inzet van het gedifferentieerd eigen risico naar verwachting een financieel voordeel met zich meebrengt aanzienlijk groter. Als een spataderpatiënt in 2008 minder dan 25% van het totale eigen-risicobedrag heeft betaald, dan blijkt de kans dat in 2009 een voorkeursaanbieder wordt gekozen *ceteris paribus* met 12 procent toe te nemen.

Bij de huidige vormgeving van het sturingsinstrument is het eigen risico differentiëren naar zorgaanbieder het meest geschikt voor zorgvormen waarvoor geldt dat de betreffende patiëntenpopulatie relatief weinig chronisch zieken en ouderen bevat. Dit is een onwenselijke beperking. Voor het welslagen van de stelselherziening is het namelijk van belang dat zorgverzekeraars het keuzegedrag van verzekerden kunnen beïnvloeden om op die manier effectief druk uit te oefenen op zorgaanbieders om hun prestaties te verbeteren.

De effectiviteit van de inzet van het gedifferentieerd eigen risico als sturingsinstrument kan langs drie wegen worden vergroot.⁵ Ten eerste neemt de financiële prikkel – en daardoor naar verwachting het gedragseffect – voor patiënten toe naarmate het eigen-risicobedrag hoger is. Ook bij een hoger eigen risico zullen er echter altijd mensen zijn die gezien hun voorspelbaar hoge zorgkosten het jaarlijkse eigen-risicobedrag overschrijden. Ten tweede kan de effectiviteit van het gedifferentieerd eigen risico als sturingsinstrument daarom worden vergroot door het startpunt van het eigen risico voor chronisch zieken en ouderen te verschuiven (Van Kleef et al. 2007; Van de Ven et al. 2009). Wanneer voor deze groep het eigen risico niet geldt vanaf 0 euro maar vanaf een hoger bedrag, hebben ook zij een reële kans om gedurende een kalenderjaar onder het eigen-risicobedrag te blijven en te profiteren van een financieel voordeel wanneer ze kiezen voor een voorkeursaanbieder.⁶ Ten derde kan de effectiviteit van het gedifferen-

⁵ Vanzelfsprekend zal een vergroting van de effectiviteit van het sturingsinstrument voor verzekeraars kosten met zich meebrengen in de vorm van minder inkomsten via het eigen risico. Daar staat echter tegenover dat zij zichzelf op die manier ten opzichte van zorgaanbieders een betere onderhandelingspositie kunnen verschaffen om een betere prijs-kwaliteitverhouding van zorg overeen te komen.

⁶ Hoewel nog niet in de praktijk door zorgverzekeraars toegepast, lijkt de huidige wetgeving een dergelijke verfijning van het (verplicht en vrijwillig) eigen risico niet uit te sluiten. Artikel 19, lid 1 van de Zorgverzekeringswet stelt namelijk dat iedere verzekerde van

tieerd eigen risico worden vergroot door bij de keuze voor een voorkeursaanbieder het eigen risico (op een indirecte manier) met een bepaald bedrag te verlagen of geheel kwijt te schelden. In dat geval wordt een verzekerde niet alsnog met hetzelfde eigen risico geconfronteerd als hij of zij andere zorg gebruikt en wordt bij de keuze voor een voorkeursaanbieder altijd een financieel voordeel behaald.

In aanvulling op bovenstaande oplossingsrichtingen is het belangrijk om de kwaliteitsinformatie te verbeteren. Alleen dan kan het vertrouwensprobleem waarmee zorgverzekeraars nu te maken hebben – zie de vroegtijdige beslissing van DFZ om het experiment met een gedifferentieerd eigen risico in 2010 voorlopig niet voort te zetten – worden verminderd. Pas wanneer betere gegevens over de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders beschikbaar komen, zullen zorgverzekeraars in staat zijn om op basis van betrouwbare indicatoren voorkeursaanbieders aan te wijzen en hun inkoopbeleid beter aan de verzekerden uit te leggen.

Auteurs

Drs. S.A. van der Geest is wetenschappelijk onderzoeker bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, vandergeest@bmg.eur.nl

Dr. M. Varkevisser is universitair docent bij het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) van de Erasmus Universiteit Rotterdam, varkevisser@bmg.eur.nl

De auteurs bedanken De Friesland Zorgverzekeraar, in het bijzonder Nynke van der Meulen en Auke Marra, voor het ter beschikking stellen van de declaratiegegevens. Tevens bedanken zij Wynand van de Ven voor zijn opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel.

achtien jaar of ouder een verplicht eigen risico heeft, maar legt daarbij niet expliciet op dat dit eigen risico aan de voet wordt geheven. Ook in het Besluit Zorgverzekering ontbreekt een dergelijke bepaling. Overigens lijkt het door de dreiging van averechtse selectie in de praktijk onwaarschijnlijk dat individuele zorgverzekeraars uit eigen beweging zullen kiezen voor een verschoven eigen risico. Dit zou de betreffende verzekeraar immers aantrekkelijk maken voor chronisch zieken en oudere verzekerden die, ondanks de huidige risicoverevening, veelal voorspelbaar verliesgevend zijn (Stam en Van de Ven 2008).

Literatuur

- Boonen, L.H.H.M. en F.T. Schut, 2009, Zorgverzekeraars kampen met vertrouwensprobleem, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 94(4572): 678-81.
- De Friesland, 2009, De Friesland stopt met experiment eigen risico, persbericht d.d. 24 september 2009, Leeuwarden.
- Elsevier, 2008, De beste ziekenhuizen in 2008, 6 september 2008.
- Elsevier, 2009, De beste ziekenhuizen in 2009, 4 september 2009.
- Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet, 2007, 'Een effectiever eigen risico in de zorg, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 92(4515): 459-61.
- NZa, 2009a, Monitor eigen risico 2008, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa, 2009b, De zorgverzekeringsmarkt in cijfers, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- NZa, 2010, Marktscan zorgverzekeringsmarkt 2010, Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht.
- Pons, H., H. Lingsma en R. Bal, 2009, De ranglijst is een slechte raadgever, *Medisch Contact*, vol. 64(47): 1969-71.
- Staatsblad, 2008, Wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de aanpassing van het verplicht eigen risico, nr. 371, 23 september.
- Stam, P.J.A en W.P.M.M. van de Ven, 2008, De harde kern in de risicovereeniging, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 93(4529): 104-107.
- Varkevisser, M., N. Polman en S.A. van der Geest, 2006, Zorgverzekeraars moeten patiënten kunnen sturen, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 91(4478): 38-40.
- Ven, W.P.M.M. van de et al., 2009, Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de zorgtoeslag, Programma evaluatie wetgeving: deel 27, ZonMw, Den Haag.