

CPB Notitie



Datum : 31 maart 2004

Aan : Ministerie van VWS, directie MEVA

De invoering van een no-claimteruggaveregeling in de ZFW

1 Inleiding

Het kabinet heeft besloten per 1 januari 2005 een systeem van eigen betalingen te introduceren in de ZFW. Aanvankelijk was sprake van eigen betalingen aan de voet door middel van een klassiek eigen risico. Het kabinet heeft uiteindelijk gekozen voor een ander systeem, namelijk de no-claimteruggaveregeling. In het CEP 2004 is nog uitgegaan van een klassiek eigen risico, omdat de tijd te kort was om de no-claimteruggaveregeling te verwerken. Deze notitie documenteert een aantal varianten voor de introductie van een eigen risico die zijn gebruikt voor de Memorie van Toelichting van de no-claimteruggaveregeling.¹ De no-claimteruggaveregeling komt op veel punten overeen met een eigen risico. Waar de regelingen van elkaar verschillen zal daar in de tekst in kwalitatieve zin op worden ingegaan.

De wetswijziging van de Ziekenfondswet verplicht verzekeraars aan verzekerden een no-claimteruggaaf uit te keren indien verzekerden geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg. Door de introductie van dit systeem zullen ziekenfondsen hun premie verhogen om aan deze uitkering te kunnen voldoen. Verzekeraars zullen iedere keer dat gebruik wordt gemaakt van een curatieve voorziening die onder de regeling valt, de kosten (geheel of gedeeltelijk) ten laste laten komen van de maximale no-claimteruggaaf. Patiënten die aan het eind van het jaar het volledige bedrag niet hebben opgemaakt ontvangen het restant (de no-claimteruggaaf) retour. Voor deze vormgeving wordt gekozen omdat verzekerden dan een beroep op zorg kunnen doen zonder zich zorgen te maken over geld dat direct op tafel moet komen (dat is immers al betaald). Op deze manier lopen ziekenfondsen geen extra inningrisico. Hier staat tegenover dat de prikkel om zuinig met zorg om te gaan (het remgeldeffect) waarschijnlijk minder sterk zal zijn dan in een systeem waarin de patiënt direct moet betalen. De berekeningen in deze notitie zijn uitgevoerd op basis van een eigen risico en geven dus een groter remgeldeffect dan de no-claimteruggaveregeling.²

In de praktijk betekent deze vormgeving van eigen betalingen dat de verzekeraar periodiek (bijvoorbeeld maandelijks) een deel van de maximale teruggaaf int, bijvoorbeeld in combinatie met de nominale opslagpremie. Daar staat tegenover dat door de financieringsverschuiving de nominale rekenpremie naar verwachting zal dalen, waarbij de daling ongeveer even groot is als de gemiddelde verwachte financieringsverschuiving op grond van een eigen risico.

Ziekenfondsverzekerden die geen gebruik maken van curatieve voorzieningen gaan er dan financieel op vooruit; personen die de teruggaaf opmaken zijn netto betalende en voor de resterende groep wisselt het beeld.

¹ Voorstel tot 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.

² Het is niet mogelijk om berekeningen voor de no-claimteruggaveregeling te maken, omdat hier geen ervaringsgegevens over beschikbaar zijn.

Om financieringsverschuiving en volume effecten van de teruggaaf te kunnen berekenen moeten aanvullende veronderstellingen worden gemaakt. Deze hebben deels te maken met de inrichting van het systeem en deels met het gebruikte instrumentarium. De volgende paragraaf gaat daar kort op in. Dit leidt tot het formuleren van vier scenario's, die in paragraaf 3 aan de orde komen. De verschuiving in de financiering en het volume-effect in de vier scenario's bespreken we in paragraaf 4.

2 Algemene werkwijze

Het is de bedoeling dat het voorgestelde systeem per 1 januari 2005 in werking treedt. Hoewel volgens planning het jaar daarop de basisverzekering van kracht wordt, is dit buiten de berekeningen gehouden. Om de regeling op zichzelf te kunnen beoordelen nemen we ter vergelijking aan dat de huidige ziekenfondsverzekering nog een aantal jaren blijft bestaan. De samenstelling van het pakket is conform de huidige situatie, dus na de pakketbeperking.

Ten aanzien van de inrichting van het nieuwe systeem waren er bij aanvang van de berekeningen drie onzekerheden:

1. Hoe hoog is de maximale teruggaaf per volwassene?
2. Op welke manier leiden kosten voor huisartsenzorg tot reductie van de teruggaaf?
3. Wat zijn de (extra) uitvoeringskosten van het systeem?

Het eerste voorstel van het Kabinet voor het maximale bedrag per volwassene was 200 euro. Later is dit bedrag opgehoogd naar 225 euro ter compensatie van het vervallen van een specifieke eigen bijdrage voor geneesmiddelen. Uiteindelijk is besloten tot een bedrag van 250 euro. We rekenen in deze notitie met verschillende waarden voor het maximum, te beginnen bij 180 euro en oplopend tot 250 euro in stappen van 10 euro, waarbij over een teruggaaf van 225 euro wordt gerapporteerd in plaats van 220 euro.

Ook over de vorm van de eigen bijdragen voor huisartsenzorg bestaat nog onzekerheid. Bij aanvang van de berekeningen was hier nog niets over bekend; op dit ogenblik is uit de Memorie van toelichting bij het voorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet bekend dat de regering een al dan niet gedeeltelijk consulttarief voor ziekenfondsverzekerden voor de huisarts wil invoeren. Om niet te botsen met de Europese regelgeving is in deze berekeningen het bijbetalingpercentage gemaximeerd op 25%. In de Memorie van toelichting bij het voorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet is sprake van maximaal 25% mindering op de teruggaaf in verband met huisartsenkosten. Het is vooralsnog niet helemaal duidelijk op welk tarief dit percentage van toepassing is, aangezien er nu nog geen algemeen tarief voor huisartsenconsulten is voor ziekenfondsverzekerden. Het percentage kan in beginsel worden gegeven over het abonnementstarief, over het contacttarief voor avond- en weekenddiensten of

over een nieuw te berekenen algemeen tarief per contact. Afhankelijk van de gekozen vorm zijn vier scenario's geformuleerd. Deze komen in paragraaf 3 aan de orde.

Het antwoord op de derde vraag valt buiten het bestek van deze notitie, maar is uiteraard wel relevant voor de netto opbrengst van de regeling. Op basis van expert-informatie maakt VWS zelf een inschatting.

Niet alleen zijn er onzekerheden over de vormgeving van de nieuwe teruggaaf. Er geldt ook een aantal aandachtspunten en voorbehouden bij de voorliggende analyse van de effecten. De effecten van de maatregel zijn bepaald door gebruik te maken van een empirisch economisch model, het Zorgmodel. De verbanden in het Zorgmodel sluiten niet altijd naadloos aan op de vragen die zijn gesteld. Zeven zaken verdienen de aandacht:

1. Uitsluiting van minderjarigen (0 – 18 jaar);
2. Vergoedingen voor fysiotherapie;
3. Het verwachte effect op het zorgvolume;
4. Hulpmiddelen;
5. Toewijzen eigen betalingen aan voorzieningen;
6. Indexering van het maximum;
7. ANW-tarief voor de huisarts.

Het Zorgmodel onderscheidt verzekerden niet naar leeftijd. Daarom rekenen we het maximale no-claim bedrag per volwassene om naar een equivalent per verzekerde. De omrekenfactor hangt af van het aantal 0-18 jarigen in de populatie ZF verzekerden: bijvoorbeeld, 200 euro per volwassene is ongeveer 160 euro per verzekerde. Het gaat in dit opzicht dus om een benadering van het werkelijke effect.

Omdat het model werkt met een representatieve ZF verzekerde is met betrekking tot de vergoedingen voor fysiotherapeutische hulp de veronderstelling dat voor iedere ziekenfondsverzekerde de vergoeding pas ingaat bij de 10^e behandeling. De eerste 9 behandelingen vallen dus onder het derde compartiment. In deze opzet krijgen dus ook niet-chronisch zieken een vergoeding vanaf de 10^e behandeling. Ook dit is een onvolmaakte modellering van het beleid.

Het derde voorbehoud betreft de gevolgen voor het zorggebruik. Het Zorgmodel is geschikt voor het doorrekenen van een eigen risico aan de voet. De volume effecten die het model genereert voor een eigen risico aan de voet zijn op zijn best een indicatie voor een natura stelsel met een no-claimteruggaaf. Het belangrijkste verschil is dat in een restitutiestelsel de patiënt, zolang het eigen risico nog niet vol is, bij ieder bezoek aan de arts dit merkt in de portemonnee. De vormgeving van de nieuwe regeling is zo dat de patiënt eerst de volledige no-claim teruggaaf zelf moet betalen en pas na een jaar (misschien) iets terugkrijgt. Bovendien zijn ziekenfondsverzekerden nauwelijks gewend aan een directe koppeling tussen kosten en gebruik.

Het zal daarom naar verwachting langer duren voordat een eventueel effect op het zorgvolume zich manifesteert. Ook op langere termijn is dit effect naar verwachting kleiner dan bij de introductie van een eigen risico, maar omdat niet te zeggen is hoeveel kleiner, geven we in de tabellen slechts het maximale effect aan. Dit bedrag komt overeen met de reductie in het gebruik die naar schatting optreedt in een restitutiesysteem waarin de patiënt een goed overzicht heeft van de gemaakte kosten.

Het vierde punt betreft de modellering van de hulpmiddelen. Het deel van het model dat betrekking heeft op hulpmiddelen beschrijft niet vraag en aanbod afzonderlijk, maar slechts het uiteindelijke gebruik. Een gevolg is dat de introductie van een eigen risico of no-claimteruggaaf geen verandering in de vraag teweeg brengt: de prijselasticiteit is gelijk aan nul. Volume-effecten zijn hier in het model dus afwezig. Wel nemen we in de berekeningen mee dat eigen betalingen voor hulpmiddelen de maximale teruggaaf reduceren en zo indirect de vraag naar andere voorzieningen beïnvloeden.

Het model genereert bij gegeven zorgkosten de totale eigen bijdragen, zowel van personen met klinische kosten als van de groep zonder klinische kosten. Het toewijzen van deze bedragen aan de diverse voorzieningen gebeurt met behulp van berekende relatieve aandelen. Deze zijn gebaseerd op gegevens over feitelijke eigen betalingen per voorziening zoals het CBS die publiceert in de Zorgrekeningen.³ Uit deze gemiddelde gegevens is geen specifieke informatie voor ziekenfondsverzekerden af te leiden. In de simulatieperiode past het model de verdeelsleutels automatisch aan wanneer een bepaalde voorziening niet (meer) onder een eigen bijdrageregeling valt, naar het derde compartiment wordt geschoven of wanneer sprake is van een gedeeltelijke bijbetaling. Deze benadering is gekozen omdat zij veel beter aansluit bij de feitelijke eigen betalingen per voorziening dat een toewijzing op basis van kostenaandelen.

Vervolgens is er een algemeen punt: wanneer de zorgkosten jaarlijks toenemen wordt het maximum van de no-claimteruggaaf in de loop der tijd uitgehold. Daarom gaan we er impliciet van uit dat de teruggaaf zal worden geïndexeerd. We presenteren in de tabellen de uitkomsten in prijzen van 2005. Gegeven de geringe dynamiek in het model zijn dit in feite lange termijnuitkomsten in prijzen van 2005. In werkelijkheid kunnen gedragsreacties meer tijd in beslag nemen, omdat verzekerden eerst moeten wennen aan de teruggaaf.⁴

Tot slot, in de huidige situatie zijn voor ziekenfondsverzekerden voor de huisarts twee tarieven van kracht, die de huisarts bij het ziekenfonds in rekening brengt. Het eerste is een abonnementstarief met eventuele toeslagen voor 65 plussers en patiënten in achterstandswijken. Voor avond, nacht- en weekenddiensten bestaat een tarief per consult. In het Zorgmodel wordt dit ANW-tarief niet onderscheiden. Bij de beschrijving van variant 1 in de volgende paragraaf wordt ingegaan op de gevolgen hiervan.

³ CBS(2003), Working paper Zorgrekeningen 1998 - 2002, Voorburg

⁴ Ook bij de berekeningen voor CEP 2004 voor het eigen risico is er vanuit gegaan dat het maximale effect zich niet direct voordoet.

3 Vier scenario's

Omdat op voorhand niet helemaal duidelijk was hoe de kosten van huisartsenhulp de no-claimteruggaaf zouden beïnvloeden zijn vier mogelijkheden bekeken. In alle scenario's vallen kosten voor curatieve zorg onder de regeling.⁵ We onderscheiden nu vier mogelijkheden voor de wijze waarop uitgaven voor huisartsenzorg van invloed zijn op de no-claimteruggaaf.

1. Huisarts: 25% van het ANW contacttarief
2. Huisarts: 25% ANW tarief en eenmalig 25% van het abonnementstarief
3. Huisarts: 25% van uniform contacttarief
4. Huisarts: geen reductie in de teruggaaf

In het eerste scenario zijn eigen bijdragen gekoppeld aan het avond-, nacht en weekendtarief (ANW). Voor de gewone negen-tot-vijf consulten vindt geen reductie van de no-claim teruggaaf plaats. Dit gebeurt wel in het tweede scenario: alle ziekenfondsverzekerden die de huisarts bezoeken op reguliere tijden betalen één keer per jaar bij het eerste consult 25% van het abonnementstarief.⁶ Een belangrijke aanvullende veronderstelling in dit scenario is dat eigen bijdragen die zijn gekoppeld aan het abonnementstarief geen remmend effect hebben op de zorgvraag: er vindt alleen een verschuiving in de financiering plaats. Dit is een plausibele veronderstelling, omdat er alleen bij het eerste bezoek een eigen betaling is. Alle ziekenfondsverzekerden met positieve kosten worden geacht de huisarts te hebben bezocht. Verder is ook in dit scenario de bijbetaling voor avond- en weekenddiensten van kracht.

In de derde variant is het abonnementsysteem afgeschaft; er geldt nu een uniform contacttarief voor alle typen verzekerden (voor de huisarts inkomensneutraal ex ante; dit is vrijwel gelijk aan het verwachte particuliere tarief). Iedere keer dat de patiënt gebruik maakt van de diensten van een huisarts, wordt de no-claim teruggaaf gereduceerd met 25% van dit algemene tarief per contact. In dit scenario treden bij de huisarts ook aanbodeffecten op als gevolg van de overgang naar een ander financieringssysteem. In het laatste scenario zijn geen eigen betalingen verschuldigd voor hulp van de huisarts.

⁵ Uitgezonderd verloskundige zorg, kraamzorg en besparingsbijdragen voor hulpmiddelen.

⁶ Het abonnementstarief is gemiddeld ongeveer 87 euro per verzekerde per jaar.

4 Financieringsverschuiving per scenario

4.1 Huisarts: 25% van ANW contacttarief

In dit scenario vallen uitgaven voor curatieve zorg voor 100% onder de no-claim teruggaveregeling. Dit geldt ook voor hulpmiddelen, uitgezonderd de besparingsbijdragen op orthopedisch schoeisel en gebitsprothesen. Kraamzorg en verloskundige zorg vallen niet onder de regeling. Voor huisartsenzorg geldt: contacten tijdens avond, nacht en weekend (ANW) komen voor 25% ten laste van de maximale teruggaaf. Contacten tijdens normale werkuren vallen niet onder de regeling.

Vormgeving

Het Zorgmodel maakt geen onderscheid tussen de verschillende soorten contacten tussen patiënt en huisarts. Alle contacten, ongeacht plaats, duur en tijdstip zijn gekoppeld aan een gemiddeld tarief. Ook het ANW-tarief is versleuteld tot een algemeen tarief per contact. Bij ieder bezoek aan de huisarts komt 25% van dit tarief ten laste van de teruggaaf. Hoewel deze benadering in financieel opzicht de realiteit goed benadert, komen eventuele verschuivingen tussen ANW en dagelijkse contacten of andere vormen van acute zorg (poliklinische hulp) niet in de uitkomsten terug. Deze benadering heeft waarschijnlijk ook repercussies voor de prijselasticiteit van de vraag. In dit scenario is het deel van de vraag dat wordt gefinancierd uit een abonnementstarief ongevoelig voor veranderingen in het tarief per contact terwijl de prijsgevoeligheid van de ANW-contacten vergelijkbaar is met die van particulier verzekerden. Het is onduidelijk of de totale prijselasticiteit goed kan worden benaderd door in het Zorgmodel het ANW-tarief uit te smeren over alle contacten.

Resultaten

Tabel 4.1 vat de resultaten samen voor verschillende waarden van de teruggaaf. De bedragen zijn lange termijn effecten in miljarden euro's in prijzen van 2005, tenzij anders aangegeven.

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	mld euro							
Bruto financieringsverschuiving	- 1,3	- 1,4	- 1,5	- 1,5	- 1,6	- 1,6	- 1,7	- 1,7
Maximaal volume effect	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3
Netto financieringsverschuiving	- 1,1	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,3	- 1,4	- 1,4

De verschuiving in de netto financiering ligt tussen de 1,1 en 1,4 miljard euro.

Het is illustratief om te zien hoeveel verzekerden aan het eind van het jaar iets terug ontvangen. Tabel 4.2 deelt daarom het aantal verzekerden op in 5 groepen.

Tabel 4.2 Samenstelling populatie Ziekenfondsverzekerden bij verschillende waarden van de maximale teruggaaf; scenario 1

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	%							
Groep zonder kosten	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Kosten lager dan teruggaaf, geen opname	19,7	20,9	22,0	23,1	24,7	25,2	26,3	27,3
Kosten lager dan teruggaaf, wel opname	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
Kosten hoger dan teruggaaf, geen opname	55,7	54,5	53,4	52,2	50,7	50,1	49,1	48,1
Kosten hoger dan teruggaaf, wel opname	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,5

De omvang van de groep die aan het eind van het jaar een no-claim teruggaaf ontvangt varieert van 36% tot 44%. Verzekerden met klinische kosten ontvangen vrijwel nooit iets terug.

4.2 Huisarts: 25% van ANW contacttarief en abonnementstarief

In dit scenario vallen uitgaven voor curatieve zorg voor 100% onder de no-claim teruggaveregeling. Dit geldt ook voor hulpmiddelen, uitgezonderd de besparingsbijdragen op orthopedisch schoeisel en gebitsprothesen. Kraamzorg en verloskundige zorg vallen niet onder de regeling. Voor huisartsenzorg geldt: contacten tijdens avond, nacht en weekend (ANW) komen voor 25% ten laste van de maximale teruggaaf. Bij contacten tijdens normale werkuren wordt bij het eerste bezoek in een jaar de maximale teruggaaf met 25% van het abonnementstarief verminderd.

Vormgeving en resultaten

Een belangrijk verschil met het eerste scenario is dat nu ook contacten met de huisarts tijdens ‘kantooruren’ leiden tot vermindering van de maximale teruggaaf. Dit geldt alleen voor het eerste bezoek in een bepaald jaar; in dat geval is de reductie gelijk aan 25% van het abonnementstarief, dat gemiddeld ongeveer 87 euro per verzekerde per jaar is. Een belangrijke veronderstelling is dat deze additionele reductie geen effect heeft op het zorgvolume. Tabel 4.3 vat samen.

Tabel 4.3 Economische gevolgen van de introductie van een no-claim teruggaaf regeling in de ZFW, scenario 2

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	mld euro							
Bruto financieringsverschuiving	- 1,4	- 1,4	- 1,5	- 1,6	- 1,6	- 1,7	- 1,7	- 1,8
Maximaal volume effect	- 0,2	- 0,2	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3
Netto financieringsverschuiving	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,4	- 1,4	- 1,4	- 1,5

De financieringsverschuiving is een ruim 50 miljoen meer dan in scenario 1. Dit is het resultaat van het opnemen van het abonnementstarief in de nieuwe regeling. De veronderstelling hierbij is dat iedere verzekerde met positieve kosten minstens één bezoek brengt aan de huisarts.

De gevolgen voor het volume van het zorggebruik zijn geringer dan in scenario 1. De reductie in de teruggaaf als gevolg van het abonnementstarief levert geen volume effect op en zo blijft er minder over voor curatieve zorg waarin wel sprake is van een remmend effect.

Tabel 4.4 laat de bijbehorende populatiefracties zien.

Tabel 4.4 Samenstelling populatie Ziekenfondsverzekerden bij verschillende waarden van de maximale teruggaaf; scenario 2

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	%							
Groep zonder kosten	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Kosten lager dan teruggaaf, geen opname	17,5	18,7	19,9	21,0	22,8	23,3	24,4	25,4
Kosten lager dan teruggaaf, wel opname	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
Kosten hoger dan teruggaaf, geen opname	57,9	56,6	55,5	54,3	52,6	52,1	51,0	50,0
Kosten hoger dan teruggaaf, wel opname	7,9	7,9	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,6

De groep met kosten lager dan het maximum is kleiner dan in tabel 4.2. Omdat de financieringsverschuiving groter is dan in het eerste geval, zal de gemiddelde no-claim teruggaaf aan het eind van het jaar minder zijn (uitgezonderd voor verzekerden zonder kosten).

4.3 Huisarts: 25% van uniform contacttarief

In dit scenario vallen uitgaven voor curatieve zorg voor 100% onder no-claim teruggaveregeling. Dit geldt ook voor hulpmiddelen, uitgezonderd de besparingsbijdragen op orthopedisch schoeisel en gebitsprothesen. Kraamzorg en verloskundige zorg vallen niet onder de regeling. Voor huisartsenzorg geldt: het abonnementssysteem is vervangen door een uniform tarief per contact. Hiervan komt 25% ten laste van de nieuwe regeling.

Vormgeving

In deze variant geldt een contacttarief voor alle bezoeken aan de huisarts. Het abonnementstarief is afgeschaft. Het contacttarief is voor de huisarts inkomensneutraal (ex ante) en is hetzelfde voor ziekenfonds- en particulier verzekerden. Dit sluit uit dat de huisarts op grond van tariefverschillen onderscheid maakt tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Omdat het financieringssysteem verandert, treden er wel aanbodreacties op. Onafhankelijk van de no-claim regeling zal de huisarts het totale aantal contacten voor ziekenfondsverzekerden verhogen omdat het marginale tarief nu positief is. Uit berekeningen blijkt dat dit leidt tot extra gefinancierde kosten ter waarde van 60 miljoen euro. Ook de reactie op de nieuwe regeling is nu anders: de huisarts zal de vraaguitval van ziekenfondsverzekerden proberen te compenseren door het aantal (herhaal)contacten voor deze groep op te voeren. Deze aanbodreactie neutraliseert voor een deel het remmend effect. Het is in beginsel mogelijk een berekening te maken waarin alleen een vraageffect optreedt; het model rekt dan met een situatie waarin voor verzekerden 25% van het contacttarief ten laste van de teruggaaf komt, terwijl artsen via het bestaande systeem gehonoreerd worden.

Resultaten

Tabel 4.5 vat de uitkomsten samen.

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	mld euro							
Bruto financieringsverschuiving	- 1,4	- 1,4	- 1,5	- 1,5	- 1,6	- 1,7	- 1,7	- 1,8
Maximaal volume effect	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3
Netto financieringsverschuiving	- 1,1	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,3	- 1,4	- 1,4

Dit scenario is moeilijk te vergelijken met de andere, omdat hier ook de reacties van de huisartsen een rol spelen. Bij een vergelijking met het eerste scenario zien we dat het volume-effect in dit scenario iets groter is. Men zou wellicht verwachten dat het veel groter is, omdat hier alle contacten met de huisarts mee tellen. Dat dit niet zo is, komt doordat huisartsen de daling in de vraag naar contacten gedeeltelijk compenseren door een toename in het aanbod. Per saldo is het effect op het gebruik van huisartsenzorg licht negatief. Vanwege de rol van de huisarts als poortwachter leidt dit ook tot minder doorverwijzingen. Ook de verschuiving in de netto financiering is iets groter dan bij scenario 1.

Omdat vergeleken met scenario 1 meer kosten ten laste komen van de teruggaaf daalt de fractie verzekerden met kosten lager dan de maximale no-claim teruggaaf ook iets. Zie tabel 4.6.

Tabel 4.6 Samenstelling populatie Ziekenfondsverzekerden bij verschillende waarden van de maximale teruggaaf; scenario 3

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	%							
Groep zonder kosten	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Kosten lager dan teruggaaf, geen opname	19,0	20,1	21,2	22,3	23,9	24,4	25,5	26,4
Kosten lager dan teruggaaf, wel opname	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,5
Kosten hoger dan teruggaaf, geen opname	56,4	55,2	54,1	53,0	51,5	50,9	49,9	49,0
Kosten hoger dan teruggaaf, wel opname	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5

4.4 Huisartsen: geen invloed op maximale teruggaaf

In dit scenario vallen uitgaven voor curatieve zorg voor 100% onder de no-claim teruggaveregeling. Dit geldt ook voor hulpmiddelen, uitgezonderd de besparingsbijdragen op orthopedisch schoeisel en gebitsprothesen. Kraamzorg en verloskundige zorg vallen niet onder de regeling. Hetzelfde geldt voor huisartsenzorg.

Vormgeving en resultaten

Deze variant is een technisch scenario dat is opgenomen ter vergelijking met de varianten waarin de huisartsenzorg wel een rol speelt bij de no-claimteruggaaf. Om te berekenen is het de meest eenvoudige variant. De verschillen met het eerste scenario zijn marginaal. Voor een deel komt dit door vormgeving van dit eerste scenario in het Zorgmodel. Door het ANW tarief uit te smeren over alle contacten resteert een gemiddeld tarief van ongeveer 4 euro per contact. Hiervan komt in het eerste scenario bij ieder contact met de huisarts dus slechts 1 euro ten laste van de maximale teruggaaf. Het uitsluiten van het ANW tarief heeft daarom nauwelijks effect op de financiering of het zorgvolume. Zoals aangegeven in paragraaf 4.1 gaat het model voorbij aan eventuele verschuivingen in de zorgvraag tussen kantooruren en daarbuiten. Er is in de praktijk dus wel degelijk verschil tussen de scenario's 1 en 4.

Tabel 4.7 Economische gevolgen van de introductie van een no-claim teruggaaf regeling in de ZFW, scenario 4

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	mld euro							
Bruto financieringsverschuiving	- 1,3	- 1,4	- 1,5	- 1,5	- 1,6	- 1,6	- 1,7	- 1,7
Maximaal volume effect	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3	- 0,3
Netto financieringsverschuiving	- 1,1	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 1,3	- 1,3	- 1,4	- 1,4

De fractie verzekerden met kosten lager dan de teruggaaf is iets hoger dan in het eerste scenario, omdat de kosten voor huisartshulp nu volledig zijn uitgesloten van de regeling. Zie tabel 4.8.

Tabel 4.8 Samenstelling populatie Ziekenfondsverzekerden bij verschillende waarden van de maximale teruggaaf (%); scenario 4

	euro							
Maximale teruggaaf per volwassene	180	190	200	210	225	230	240	250
	%							
Groep zonder kosten	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6	16,6
Kosten lager dan teruggaaf, geen opname	19,8	21,0	22,1	23,2	24,8	25,4	26,4	27,4
Kosten lager dan teruggaaf, wel opname	0,2	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5
Kosten hoger dan teruggaaf, geen opname	55,6	54,4	53,3	52,2	50,5	50,0	49,0	48,0
Kosten hoger dan teruggaaf, wel opname	7,8	7,8	7,7	7,7	7,6	7,6	7,5	7,5