

Specialistcontact en medicijngebruik nemen toe in eerste jaar nieuw zorgstelsel

Marieke van Herten



Verklaring der tekens

.	=	gegevens ontbreken
*	=	voorlopig cijfer
x	=	geheim
–	=	nihil
–	=	(indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	=	het getal is minder dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	=	een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
2006–2007	=	2006 tot en met 2007
2006/2007	=	het gemiddelde over de jaren 2006 tot en met 2007
2006/'07	=	oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz. beginnend in 2006 en eindigend in 2007
2004/'05–2006/'07	=	boekjaar enz., 2004/'05 tot en met 2006/'07

In geval van afronding kan het voorkomen dat de totalen niet geheel overeenstemmen met de som der opgetelde getallen.

Verbeterde cijfers in de staten en tabellen zijn niet als zodanig gekenmerkt.

Colofon

Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek
Prinses Beatrixlaan 428
2273 XZ Voorburg

Prepress

Centraal Bureau voor de Statistiek - Facilitair bedrijf

Inlichtingen

Tel.: 0900 0227 (€ 0,50 per minuut)
Fax: (070) 337 59 94
Via contactformulier: www.cbs.nl/infoservice

Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl
Fax: (045) 570 62 68

Internet

www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2007.
Verveelvoudiging is toegestaan, mits het CBS als bron wordt vermeld.

Op 1 januari 2006 is er in Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel ingevoerd. In het eerste jaar van het nieuwe stelsel steeg het aantal contacten met de specialist en ook nam het percentage verzekerden dat medicijnen gebruikte toe. In het nieuwe stelsel is het onderscheid in verzekeringsvorm tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden verdwenen. Mogelijk nam hierdoor ook het verschil tussen (voormalig) ziekenfonds- en particulier verzekerden af: de medische consumptiepatronen van deze twee typen verzekerden lijken iets meer naar elkaar toe te komen.

1. Van ziekenfonds of particulier naar een basisverzekering voor iedereen

Tot 1 januari 2006 bestonden er in Nederland naast de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) drie verschillende soorten ziektekostenverzekeringen:

- De ziekenfondsverzekering: voor werknemers (exclusief ambtenaren) en zelfstandigen met een loon dat lager lag dan de geldende wettelijke grens (de ‘ziekenfondsgrens’). Voor 2005 lag deze grens bijvoorbeeld op 33 duizend euro voor werknemers onder de 65 jaar. Voor 65-plussers en zelfstandigen gold een andere grens;
- De publiekrechtelijke ziektekostenregelingen: voor politiepersoneel en ambtenaren in dienst van de lagere overheid en sinds oktober 2002 het personeel van academische ziekenhuizen;
- De privaatrechtelijk ziektekostenverzekering: voor werknemers en zelfstandigen met een loon boven de ziekenfondsgrens en voor rijksambtenaren.

De laatste twee typen verzekering zijn vergelijkbaar en worden daarom vaak samen genomen onder de noemer ‘particuliere ziektekostenverzekering’, zo ook in dit onderzoek.

Het ziekenfondspakket en het basispakket van de particuliere ziektekostenverzekering dekte alle noodzakelijke hulp zoals huisartsenzorg, de meest gangbare medicijnen en opname en medische verzorging in een ziekenhuis. Voor beide typen verzekerden gold dat men zich aanvullend kon verzekeren voor bijvoorbeeld tandartsenzorg, fysiotherapie en behandeling door een alternatieve genezer. Particulier verzekerden konden kiezen voor een eigen risico.

Om de stijgende kosten van de gezondheidszorg op te vangen is er sinds 1 januari 2006 een nieuw zorgverzekeringsstelsel ingevoerd in Nederland. Een belangrijke verandering in het nieuwe zorgstelsel ten opzichte van het oude is dat het onderscheid tussen het ziekenfonds, de privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen en de publiekrechtelijke regelingen zijn vervallen. In plaats daarvan kwam er één basisverzekering voor iedereen. Iedere Nederlander is verplicht om een basisverzekering af te sluiten. De zorgverzekeraars mogen voor de basisverzekering niemand weigeren. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie.

De basisverzekering dekt alle noodzakelijke hulp zoals huisartsbezoek, medicijnen en opname en medische verzorging in een ziekenhuis en komt daarmee grotendeels overeen met het vroegere ziekenfondspakket. Voor behandelingen die buiten de basisverzekering vallen kan men zich aanvullend verzekeren. De no-claimregeling die in 2005 al was ingevoerd voor ziekenfondsverzekerden geldt nu voor alle verzekerden boven de 18 jaar. Deze regeling houdt in dat medische kosten worden afgetrokken van een no-claimbedrag van 255 euro. Het bedrag dat aan het eind van het jaar over is krijgt de verzekerde terug. Huisartsenzorg, verloskundige hulp, kraamzorg, bevolkingsonderzoek en medische zorg die onder de aanvullende verzekering valt wordt niet van het no-claimbedrag afgetrokken. De no-claimregeling geldt niet voor personen jonger dan 18 jaar. Verder kan iedere verzekerde kiezen voor een eigen risico, van minimaal 100 euro tot maximaal 500 euro, oplopend in stappen van 100 euro. Personen boven de 18 jaar met een belastbaar inkomen onder een bepaalde grens (voor 2006 was het bijvoorbeeld 25,1 duizend euro voor alleenstaanden en 40,1 duizend euro voor personen met een partner) ontvangen een zorgtoeslag.

In dit artikel wordt onderzocht of en in hoeverre de invoering van het nieuwe zorgstelsel invloed heeft gehad op een aantal aspecten van de medische consumptie, namelijk het gemiddeld aantal contacten per jaar met huisarts, tandarts, en specialist en het percentage verzekerden dat medicijnen gebruikte. Zijn er daarin veranderingen opgetreden in 2006 ten opzichte van de voorgaande jaren? Er zal hierbij worden gekeken naar alle verzekerden samen maar ook naar (voormalig) ziekenfonds- en (voormalig) particulier verzekerden. Een interessante mogelijkheid is namelijk dat met het verdwijnen van het onderscheid in verzekeringsvorm ook de verschillen in medische consumptie tussen (voormalig) ziekenfonds- en particulier verzekerden zijn afgenomen.

2. Mogelijke veranderingen in de medische consumptie

Het nieuwe zorgverzekeringsstelsel probeert de gezondheidskosten met name te drukken door de concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars te vergroten en niet zo zeer door direct in te grijpen op de medische consumptie. Toch zou het kunnen dat de invoering van het nieuwe stelsel de medische consumptie heeft beïnvloed. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt naar (voormalig) ziekenfondsverzekerden en (voormalig) particulier verzekerden. De nieuwe zorgverzekering bracht namelijk voor iedere groep andere veranderingen met zich mee die wellicht een effect hebben gehad op de medische consumptie. Hieronder volgen een aantal mogelijke veranderingen.

Allereerst was voor voormalig ziekenfondsverzekerden in het nieuwe zorgstelsel de keuze voor een eigen risico nieuw. Het zou kunnen dat zij die in het nieuwe zorgstelsel voor een eigen risico hebben gekozen minder gebruik gingen maken van de gezondheidszorg omdat zij kosten wilden uitsparen. De invloed van het eigen risico is echter zeer waarschijnlijk te verwaarlozen: 95 procent van de verzekerden koos bij zijn nieuwe zorgverzekering geen eigen risico (Vektis, 2006). De geringe premiedaling bij een hoger eigen risico bleek voor velen niet op te wegen tegen het zelf moeten betalen van een deel van de ziektekosten. De massale keuze voor geen eigen risico heeft echter wel een andere mogelijk gevolg. In het oude stelsel had ongeveer tweederde van de particulier verzekerden een eigen risico, de helft daarvan had een eigen risico groter dan 125 (dit betreft cijfers van 2004; Vektis, 2005), terwijl in het nieuwe stelsel hoogstens 5 procent van de voormalig particulier verzekerden een eigen risico had. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat (voormalig) particulier verzekerden in 2006 makkelijker en dus meer gebruik maakten van medische zorg dan in eerdere jaren. Het eigen risico had in het vorige stelsel meestal de vorm van een eigen risicobedrag per jaar per polis. Het gold dus voor de meeste hier onderzochte typen van medische consumptie, in elk geval voor de kosten van contact met de specialist en voor de kosten van medicijnen. De eventuele toename bij (voormalig) particulier verzekerden door het niet meer hebben van een eigen risico zal dus met name gelden voor specialistcontacten en medicijngebruik.

Volgens een andere redenering zou het aantal specialistcontacten en het medicijngebruik van (voormalig) particulier verzekerden echter ook kunnen *dalen*. Voormalig particulier verzekerden maakten in het nieuwe zorgstelsel namelijk kennis met de no-claimregeling. Voor ziekenfondsverzekerden was de no-claimregeling een jaar eerder al ingevoerd. Het niet willen aanbreken van de no-claim kan een reden zijn om minder voorgeschreven medicijnen te gebruiken of minder naar de specialist te gaan. Omdat de kosten voor huisarts en tandarts niet van de no-claim worden afgetrokken geldt de laatstgenoemde voorspelling niet voor het aantal contacten met deze artsen. Overigens geldt de voorspelde afname in consumptie door de invoering van de no-claimregeling ook voor de (voormalig) ziekenfondsverzekerden, zij het in wat mindere mate. In dit artikel wordt de consumptie in 2006 vergeleken met de 5 jaren daarvoor, dat wil zeggen 2001 tot en met 2005. Hoewel voor (voormalig) ziekenfondsverzekerden de no-claimregeling al in 2005 gold, is dus toch grotendeels vergeleken met de situatie zonder no-claimregeling (namelijk de jaren 2001 tot en met 2004).

Voor het aantal contacten met de huisarts kan de volgende voorspelling worden gemaakt. Voor sommige voormalig particulier verzekerden zat huisartsenzorg tot 2006

niet in het basispakket, men kon zich er wel voor bijverzekeren. In het basispakket van het nieuwe zorgstelsel wordt de huisartsenzorg wel vergoed. Wellicht dat de (voormalig) particulier verzekerden die voorheen geen vergoeding voor huisartsenzorg kregen vaker gingen toen het wel vergoed werd in 2006. Er is nog een factor die misschien zorgt voor een toename in het huisartscontact, namelijk de eerdergenoemde invoering van de no-claimregeling. Een van de doelen van de no-claimregeling is patiënten te verleiden meer naar de huisarts te gaan in plaats van naar de duurdere specialist of spoedeisende hulp. De kosten voor de huisarts worden onder andere daarom niet van de no-claim afgetrokken, in tegenstelling tot bijvoorbeeld specialistkosten. Als de no-claimmaatregel zijn doel heeft gehaald zou er dus een toename in het aantal huisartscontacten te zien moeten zijn, zowel bij (voormalig) ziekenfonds- als bij (voormalig) particulier verzekerden.

Voor de vergoeding van tandartskosten is er niet veel veranderd in 2006 ten opzichte van de jaren ervoor. Particulier verzekerden moesten zich in het oude stelsel vrijwel altijd bijverzekeren omdat hun basisverzekering dit niet dekte. Ook het ziekenfonds vergoedde nauwelijks nog tandartskosten: consultkosten en het trekken van tanden en kiezen werd in 2004 uit het ziekenfonds gehaald terwijl het vullen van gaatjes en het plaatsen van kronen en bruggen al sinds 1995 niet meer vergoed werd. Ook in het basispakket van de nieuwe zorgverzekering wordt tandheelkundige zorg voor volwassenen niet vergoed. Omdat er in het nieuwe zorgstelsel ten opzichte van het oude dus weinig is veranderd in de vergoeding voor tandartskosten is de verwachting dat de introductie van het nieuwe zorgstelsel weinig effect heeft gehad op het aantal contacten met de tandarts.

Grotere verschillen zijn er wellicht te verwachten in het gebruik van de anticonceptiepil in 2006 ten opzichte van de voorgaande jaren. De anticonceptiepil verdween in 2004 uit het ziekenfonds, maar werd tot 2006 wel nog door een aantal particuliere basispakketten vergoed. Het nieuwe basispakket vergoedt de anticonceptiepil niet meer (voor vrouwen vanaf 21 jaar). Het zou kunnen dat vrouwen die de pil eerst wel vergoed kregen maar niet meer in 2006 (en dat geldt dus met name voor de voormalig particulier verzekerde vrouwen) zijn gestopt of zijn overgestapt op een andere anticonceptiemethode.

Samenvattend zou de invoering van het nieuwe zorgstelsel de volgende gevolgen kunnen hebben. Voor (voormalig) ziekenfondsverzekerden kan de no-claimregeling een afname betekenen van het aantal contacten met de specialist en van het medicijngebruik en indirect een toename van het aantal contacten met de huisarts. Voor (voormalig) particulier verzekerden zijn de voorspellingen wat ingewikkelder. In het nieuwe stelsel maakten zij kennis met de no-claim regeling en velen van hen kozen niet meer voor een eigen risico. Beide veranderingen kunnen invloed hebben gehad op het aantal contacten met de specialist en het medicijngebruik, maar de richting van het effect is precies andersom. Willen de (voormalig) particulier verzekerden met name voorkomen dat hun no-claim wordt aangesproken, dan zullen ze minder naar de specialist gaan en minder medicijnen gebruiken (en ter compensatie misschien meer naar de huisarts gaan). Zijn zij echter gevoeliger voor het idee niet meer een deel van de kosten zelf te hoeven betalen door het ontbreken van een eigen risico dan zal het aantal specialistcontacten en het medicijngebruik juist stijgen. Voor het aantal huisartscontacten wordt voor de (voormalig) particulier verzekerden een verdere stijging verwacht omdat zij nu meer dan vroeger verzekerd zijn voor huisartskosten. Voor de anticonceptiepil wordt een afname verwacht met name voor de (voormalig) particulier verzekerden, omdat zij voorheen in een aantal gevallen de pil nog wel vergoed kregen en in het nieuwe stelsel niet meer. Tenslotte worden voor beide groepen verzekerden geen significante veranderingen verwacht in het aantal tandartscontacten omdat er in de vergoedingsregel voor tandartskosten niet veel wijzigde.

3. Kenmerken van (voormalig) verzekerden

In deze paragraaf wordt eerst ingegaan op algemene kenmerken van (voormalig) ziekenfonds- en particulier verzekerden. Vervolgens worden in de paragrafen 4 en 5 de medi-

sche consumptie van de afgelopen 5 jaar vergeleken met die van 2006, apart voor de twee verzekeringsgroepen en in totaal. In paragraaf 6 worden de belangrijkste resultaten besproken en in paragraaf 7 staat de technische toelichting. In de bijlage vindt u de staten die horen bij de in de tekst getoonde grafieken.

De gegevens bij dit artikel komen uit de Gezondheidsenquête van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS-Gezo). In 2005 bestond deze enquête 25 jaar, een uitgebreid overzicht van de uitkomsten is te vinden in Swinkels (2006). In de enquête van 2006 is gevraagd naar hoe men het voorgaande jaar, dus in 2005, verzekerd was. Bijna zes op de tien verzekerden gaven in 2006 aan dat zij in 2005 ziekenfondsverzekerd waren, vier op de tien waren particulier verzekerd. In de onderstaande staat 1 is te zien dat het percentage personen dat in 2006 aangaf dat hij of zij in 2005 ziekenfonds- danwel particulier verzekerd was overeen komt met het percentage ziekenfonds- en particulier verzekerden gemeten met de POLS-Gezo enquête van 2005. Ook is er vergeleken met percentages berekend uit de cijfers afkomstig van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) en de verzekerdenregistratie van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), deze cijfers zijn te vinden op StatLine. Het percentage ziekenfondsverzekerden bij POLS-Gezo is iets lager dan de percentages berekend uit de cijfers van StatLine. Een verklaring hiervoor is dat bij POLS-Gezo de populatie in instellingen niet is meegenomen. Omdat men mag aannemen dat onder de institutionele bevolking het percentage ziekenfondsverzekerden relatief hoog is, veroorzaakt het niet meenemen van de institutionele bevolking een kleine onderschatting van het percentage ziekenfondsverzekerden bij POLS-Gezo.

Staat 1
Ziektenfondsverzekerden en particulier verzekerden

	Gezo 2001–2005	Gezo 2005	StatLine 2005	Gezo 2006 ¹⁾
<i>% van de bevolking</i>				
Ziektenfonds	61,3	60,5	62,1	59,4
Particulier	38,3	39,0	35,7	39,9
w.v.				
Privaatrechtelijk	33,9	34,8	30,3	35,7
Publiekrechtelijk	4,4	4,2	5,4	4,2
Anders ²⁾	0,4	0,5	2,2	0,7

¹⁾ Gevraagd is naar hoe men het jaar ervoor, dus in 2005, verzekerd was.

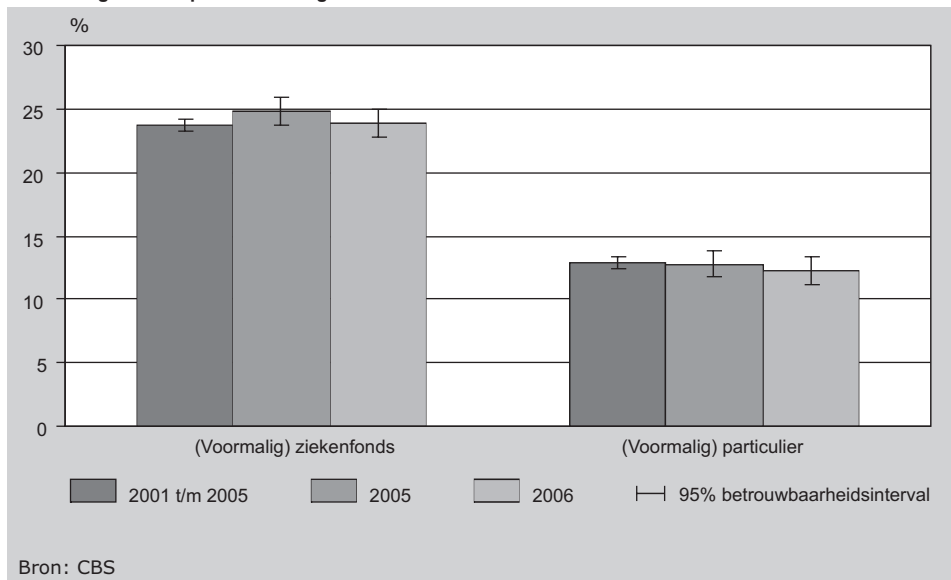
²⁾ Van rijkswege verzekerd, niet verzekerd, onbekend.

Bron: CBS.

Het is bekend dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld meer gebruik maakten van medische zorg dan particulier verzekerden. Zo bezochten zij doorgaans vaker de huisarts, specialist en fysiotherapeut en gebruikten zij vaker medicijnen (zie StatLine; zie ook Merckelbach, 1988). De Stichting Farmaceutische Kengetallen (2006) heeft berekend dat in 2005 de uitgaven aan medicijnen per ziekenfondsverzekerde 50 procent hoger lagen dan die voor particulier verzekerden. Er zijn verschillende verklaringen te geven voor de hogere medische consumptie van ziekenfondsverzekerden ten opzichte van particulier verzekerden. De belangrijkste reden lijkt te zijn dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld genomen een minder goede gezondheid hebben dan particulier verzekerden en daardoor een groter beroep op de gezondheidszorg doen. Dat ziekenfondsverzekerden een minder goede gezondheid hebben komt allereerst omdat er relatief meer ouderen onder de ziekenfondsverzekerden waren. Ouderen hebben doorgaans een slechtere gezondheid dan de rest van de bevolking, de ouderdom komt immers met gebreken. Ook vertoonden ziekenfondsverzekerden vaker dan particulier verzekerden ongezond gedrag zoals roken en overmatig drinken (Zie StatLine).

In grafiek 1 is het aandeel minder gezonde personen te zien voor beide verzekeringsgroepen voor de jaren 2001-2005, 2005 en 2006. Respondenten worden tot de minder gezonden gerekend als zij hebben aangegeven dat zij hun gezondheid ervaren als 'gaat wel', 'slecht' of 'zeer slecht'. Voor alle jaren geldt dat het percentage minder gezonden

1. Minder gezonden per verzekeringsvorm



groter is binnen de groep (voormalig) ziekenfondsverzekerden dan binnen de groep (voormalig) particulier verzekerden. Er zijn geen significante verschillen in percentages minder gezonden tussen de jaren 2001-2005, 2005 en 2006. Eventuele verschillen in medische consumptie tussen de jaren kunnen dus niet worden verklaard door verschillen in gezondheid van de steekproef van een bepaald jaar.

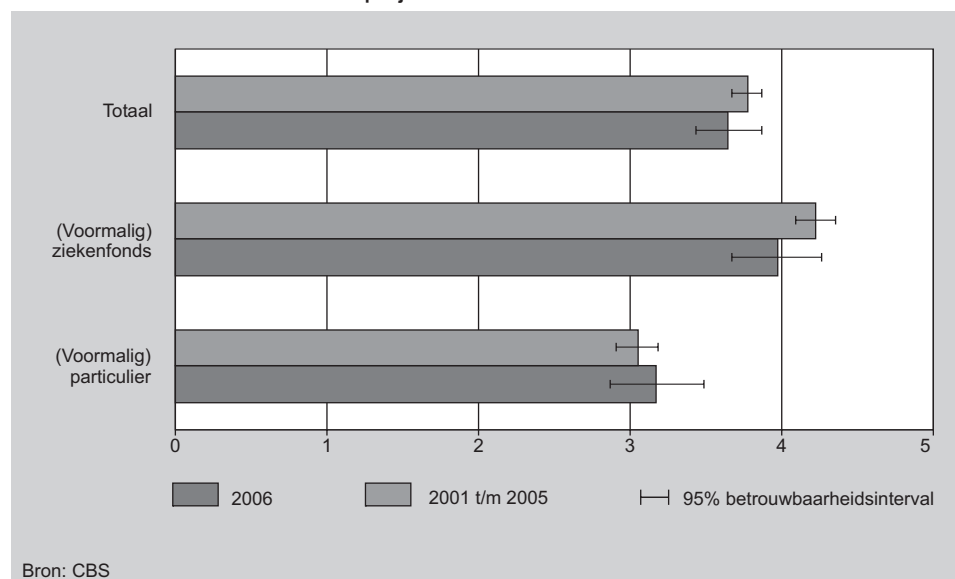
4. Contacten met zorgverleners

Achtereenvolgens zal het aantal contacten per persoon in een jaar met verschillende soorten zorgverleners, te weten de huisarts, de specialist en de tandarts, worden beschreven.

4.1. Contacten met de huisarts

In grafiek 2 is het gemiddeld aantal contacten met de huisarts per jaar te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal.

2. Gemiddeld aantal huisartscontacten per jaar

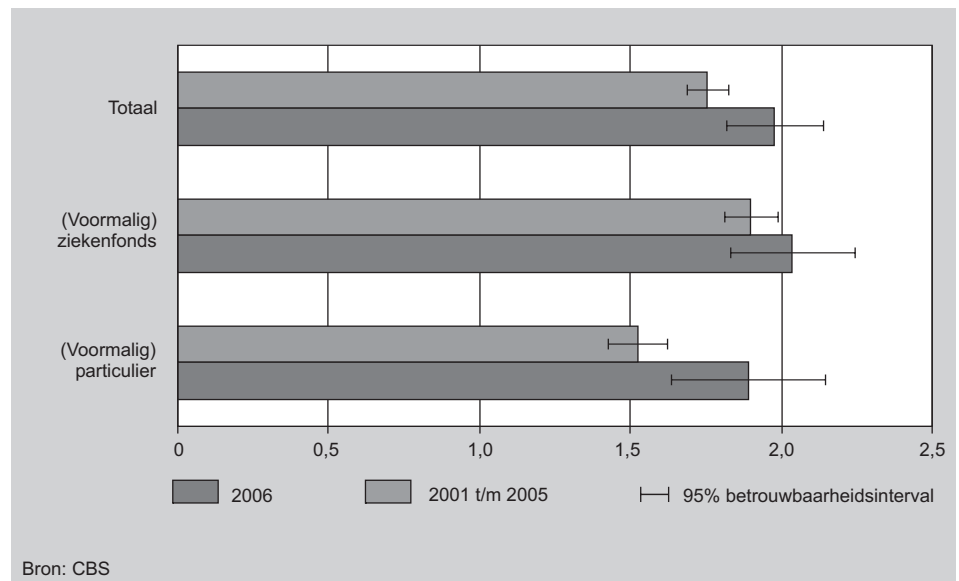


Het totaal aantal contacten per persoon met de huisarts is niet significant veranderd in 2006 ten opzichte van de jaren ervoor. Ondanks dat in het nieuwe zorgstelsel meer (namelijk alle) voormalig particulier verzekerden de kosten voor de huisarts vergoed kregen zijn zij niet significant vaker naar de huisarts gegaan. In de jaren 2001-2005 was het aantal contacten met de huisarts beduidend groter voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulierverzekerden. Hoewel het verschil in aantal huisartscontacten iets kleiner is geworden gingen ook in 2006 voormalig ziekenfondsverzekerden vaker naar de huisarts dan voormalig particulier verzekerden.

4.2. Contacten met de specialist

In grafiek 3 is het gemiddeld aantal contacten met de specialist per jaar te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal.

3. Gemiddeld aantal specialistcontacten per jaar



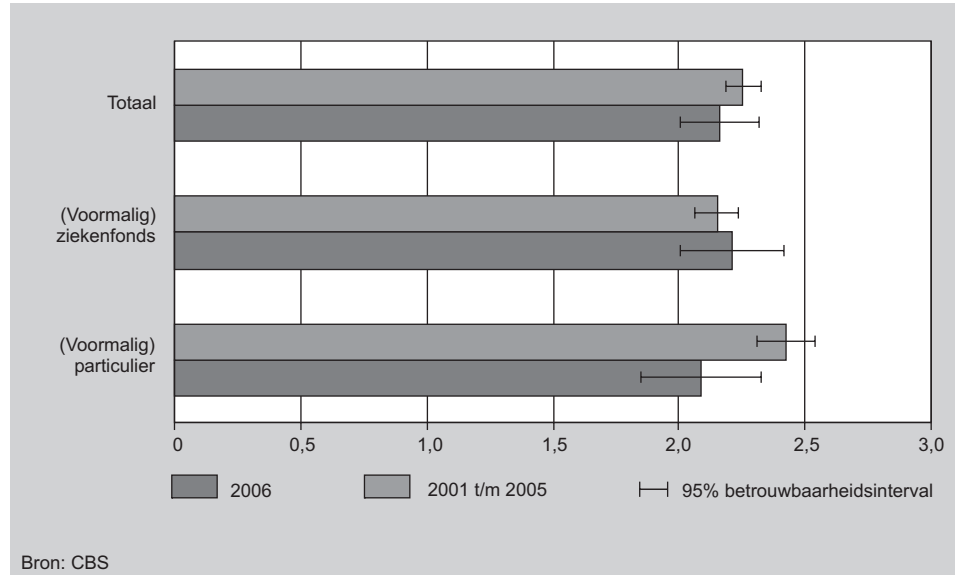
Zoals uitgelegd in paragraaf 2 werd voor het aantal contacten met de specialist ofwel een daling ofwel een stijging verwacht bij de (voormalig) particulier verzekerden, afhankelijk van welke verandering bij de verzekerden zwaarder zou wegen. Wilden zij met name voorkomen dat hun no-claim werd aangesproken, dan zouden ze minder naar de specialist gaan. Lieten ze echter het idee dat ze door het ontbreken van het eigen risico niet meer hoefden betalen zwaar meewegen dan zouden ze juist vaker naar de specialist gaan. Dat laatste blijkt het geval. Het aantal contacten met de specialist is in 2006 gestegen ten opzichte van de jaren daarvoor. De stijging is significant voor alle verzekerden samen en voor de (voormalig) particulier verzekerden. De (voormalig) ziekenfondsverzekerden gingen in 2006 niet significant vaker naar de specialist. Door de stijging van het aantal specialistcontacten voor (voormalig) particulier verzekerden maar niet voor (voormalig) ziekenfondsverzekerden was het aantal contacten in 2006 gelijk voor beide groepen verzekerden. In de jaren daarvoor bezochten ziekenfondsverzekerden nog vaker de specialist dan particulier verzekerden.

4.3 Contacten met de tandarts

In grafiek 4 is het gemiddeld aantal contacten met de tandarts per jaar te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal.

In tegenstelling tot het aantal huisarts- en specialistcontacten is het aantal tandartscontacten van oudsher juist kleiner voor ziekenfondsverzekerden dan voor particulier verzekerden (van den Berg, 1985; Swinkels, 1991). Dit gold ook voor de jaren 2001-2005.

4. Gemiddeld aantal tandartscontacten per jaar



Zoals verwacht is ten opzichte van deze jaren in 2006 het aantal contacten met de tandarts niet veranderd. Bij de (voormalig) particulier verzekerden is er een daling te zien in het aantal contacten met de tandarts. Deze daling zorgt er voor dat het aantal contacten met de tandarts in 2006 niet verschilt voor voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden. De reden voor deze daling is niet duidelijk. Het zou te verklaren zijn geweest als (voormalig) particulier verzekerden in het nieuwe zorgstelsel minder vaak een aanvullende tandartsverzekering hadden gekozen dan voorheen en daarom minder vaak naar de tandarts zouden zijn gegaan. Dat is echter niet zo. In 2006 gaven juist *meer* (voormalig) particulier verzekerden aan een aanvullende verzekering voor de tandarts te hebben dan in 2001 tot en met 2005, namelijk 8 op de 10 tegenover 5 op de 10. Een verklaring voor deze toename is wellicht gelegen in de wens van ouders om zich te verzekeren tegen de kosten van orthodontie voor hun kind(eren). Om orthodontiekosten voor hun kind(eren) vergoed te krijgen, moet een van de ouders zelf een aanvullende verzekering afsluiten. Bij de meeste verzekeraars betreft deze aanvullende verzekering een aanvullende tandartsverzekering.

5. Medicijngebruik

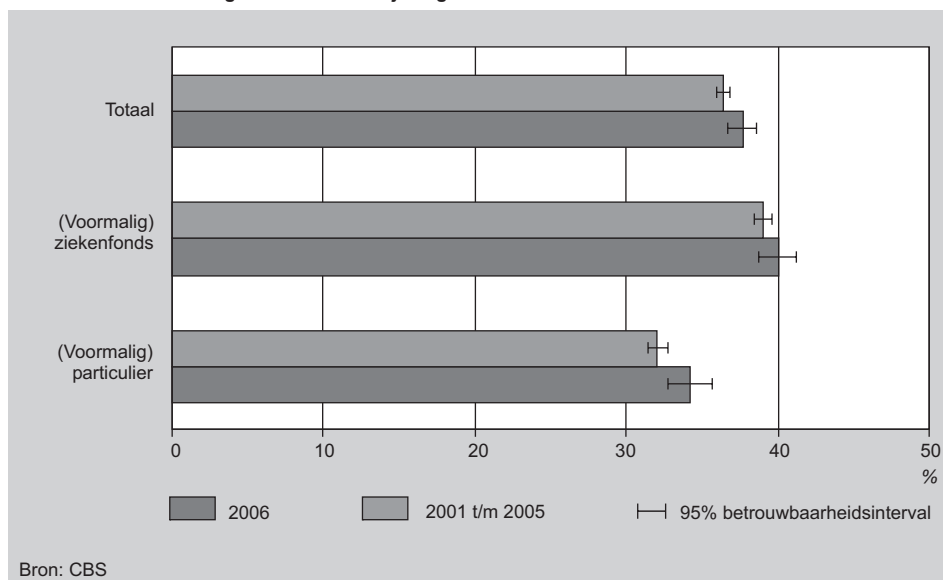
Achtereenvolgens zal het gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven medicijnen en het gebruik van de anticonceptiepil worden beschreven.

5.1 Gebruik van voorgeschreven medicijnen

In grafiek 5 is het percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek voorgeschreven medicijnen gebruikte te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal. Dit betreft ook het gebruik van medicijnen die al eerder waren voorgeschreven.

In 2006 gebruikte een groter percentage verzekerden voorgeschreven medicijnen dan in de voorgaande jaren. Dit strookt met de toegenomen uitgaven voor geneesmiddelen in 2006 ten opzichte van het voorgaande jaar (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2007). Het zijn vooral de (voormalig) particulier verzekerden die vaker voorgeschreven medicijnen gebruikten. Het percentage (voormalig) ziekenfondsverzekerden dat voorgeschreven medicijnen gebruikte is niet gestegen. Hier lijkt hetzelfde aan de hand te zijn als bij het aantal contacten met de specialist: (voormalig) particulier verzekerden blijken zich weinig aan te trekken van de no-claimregeling. In plaats daarvan is wellicht een aan-

5. Verzekerden die voorgeschreven medicijnen gebruiken



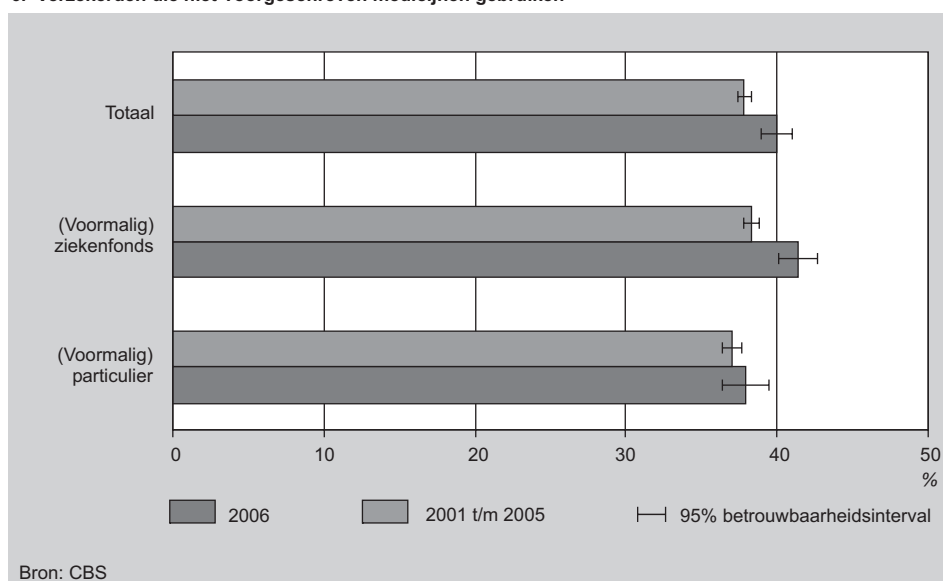
tal van hen minder zuinig geworden in het medicijngebruik door het wegvallen van het eigen risico. Voor zowel 2001 tot en met 2005 als voor 2006 geldt dat een groter percentage (voormalig) ziekenfondsverzekerden voorgeschreven medicijnen gebruikte dan (voormalig) particulier verzekerden.

5.2 Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen

In grafiek 6 is het percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek niet-voorgeschreven medicijnen gebruikte te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal.

In 2006 gebruikte een groter percentage verzekerden niet-voorgeschreven medicijnen dan in de voorgaande jaren. Deze toename is mogelijk het gevolg van de versoering in de vergoeding van zelfzorgmedicatie door de verzekeraars. Medicijnen die zonder recept verkrijgbaar zijn bij apotheek of drogisterij zoals pijnstillers of laxeermiddelen worden niet meer vergoed, ook al worden ze door de huisarts voorgeschreven. Het is goed mogelijk dat verzekerden deze medicijnen in plaats van via de huisarts zelf bij apotheek of drogisterij

6. Verzekerden die niet-voorgeschreven medicijnen gebruiken

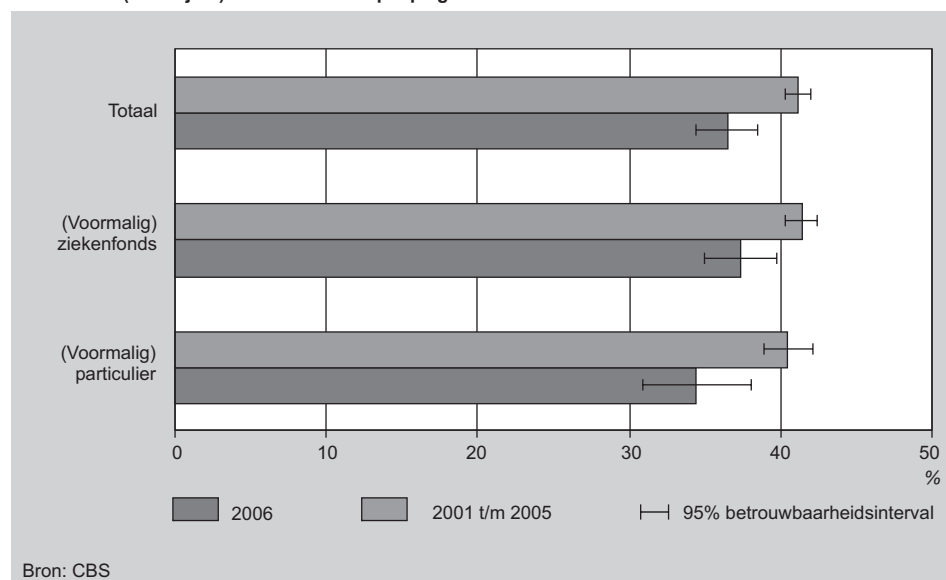


kopen als zij hun dagelijkse boodschappen doen. Overigens geldt deze zogenaamde 'Zelfzorgmaatregel' al sinds januari 2004 en kan hij dus slechts voor een deel de toename verklaren. Anders dan bij de voorgeschreven medicijnen geldt bij de niet-voorgeschreven medicijnen dat vooral de (voormalig) ziekenfondsverzekerden vaker medicijnen zijn gaan gebruiken. Het percentage (voormalig) particulier verzekerden dat niet-voorgeschreven medicijnen gebruikte is niet gestegen. Waarom het de (voormalig) ziekenfondsverzekerden zijn die vaker niet-voorgeschreven medicijnen zijn gaan gebruiken blijft gissen. Het zou kunnen dat juist zij veel zelfzorgmedicijnen zoals pijnstillers gebruikten en dus de dupe werden van de verandering in de vergoeding van deze medicijnen. Voor zowel 2001 tot en met 2005 als voor 2006 geldt dat een groter percentage (voormalig) ziekenfondsverzekerden niet-voorgeschreven medicijnen gebruikte dan (voormalig) particulier verzekerden.

5.3 Gebruik van de anticonceptiepil

In grafiek 7 is het percentage vrouwen tussen de 16 en 49 jaar dat de anticonceptiepil gebruikte te zien, apart voor (voormalig) ziekenfonds- en particulierverzekerden en in zijn totaal. Behalve deze grafiek met gemiddelden over de jaren 2001 tot en met 2005 is er ook een grafiek toegevoegd die alle jaren apart weergeeft (grafiek 8). Hierdoor is de duidelijke dalende tendens in het gebruik van de anticonceptiepil vanaf 2001 te zien.

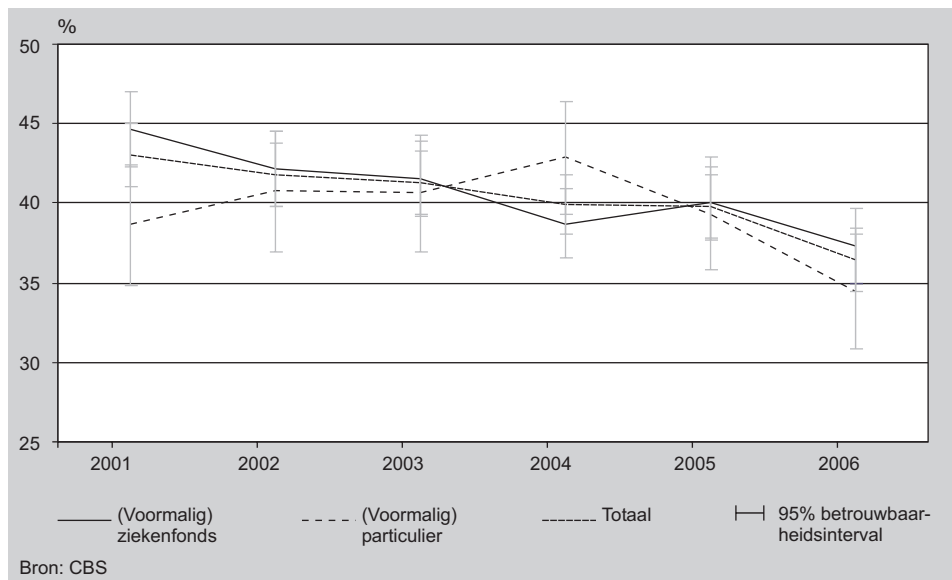
7. Vrouwen (16–49 jaar) die de anticonceptiepil gebruiken



Uit grafiek 7 blijkt dat een kleiner percentage vrouwen de anticonceptiepil gebruikte in 2006 vergeleken met de voorgaande 5 jaar. Dit geldt voor (voormalig) ziekenfonds- en particulier verzekerden en voor alle verzekerden samen. De anticonceptiepil werd door even veel (voormalig) ziekenfonds- als particulier verzekerden gebruikt, zowel voor 2001 tot en met 2005 als voor 2006.

In grafiek 8 is te zien dat de afname in pilgebruik bij vrouwen een proces is dat al langer speelt. Toch is alleen de afname van 2005 naar 2006 statistisch significant, bij (voormalig) particulier verzekerden en bij het totaal aantal verzekerden. Dat de daling in het pilgebruik in 2006 ten opzichte van 2005 met name geldt voor (voormalig) particulier verzekerde vrouwen kan verklaard worden door dat juist voor hen een verandering optrad in de vergoedingenregeling op dit gebied: de pil werd niet meer vergoed in het nieuwe basispakket maar voorheen vergoedde hun particuliere verzekering de pil in sommige gevallen nog wel.

8. Vrouwen (16–49 jaar) die de anticonceptiepil gebruiken



6. Samenvatting en conclusie

Op 1 januari 2006 is er in Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel ingevoerd. Hiermee is het onderscheid in verzekeringsvorm tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden komen te vervallen. In dit artikel werd onderzocht of en in hoeverre het nieuwe zorgstelsel invloed heeft gehad op het aantal contacten met de huisarts, specialist en tandarts en op het medicijngebruik. Ook is bekeken of met het verdwijnen van het onderscheid in verzekeringsvorm tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden het verschil in medische consumptie tussen deze twee typen verzekerden verminderd is.

De invoering van het nieuwe zorgverzekeringsstelsel lijkt in zekere mate effect te hebben gehad op een aantal aspecten van de medische consumptie. Zo is het aantal contacten met de specialist en het gebruik van zowel voorgeschreven als niet-voorgeschreven medicijnen in 2006 toegenomen vergeleken met de 5 jaren daarvoor. Het aantal contacten met de huisarts is niet veranderd. De no-claim regeling, ingevoerd om het medicijngebruik te ontmoedigen en om mensen te verleiden meer naar de huisarts te gaan in plaats van naar de duurdere specialist of spoedeisende hulp, lijkt dus weinig effectief te zijn geweest.

De invoering van het nieuwe zorgstelsel bracht voor (voormalig) ziekenfondsverzekerden en (voormalig) particulier verzekerden andere veranderingen met zich mee. Voor de (voormalig) particulier verzekerden veranderde het meest en bij die groep zijn dan ook de meeste verschillen in medische consumptie voor en na de invoering van het nieuwe zorgstelsel te zien. Voorbeelden zijn het toegenomen aantal contacten met de specialist, het grotere percentage verzekerden dat voorgeschreven medicijnen gebruikte, en de (verdere) daling in het gebruik van de anticonceptiepil.

Met name door de veranderingen in medische consumptie bij de (voormalig) particulier verzekerden zijn in 2006 de verschillen tussen voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden minder groot dan de verschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in voorgaande jaren. Zo verschilden in 2006 voormalig ziekenfonds- en particulier verzekerden niet meer in het aantal contacten met de specialist en de tandarts. In de jaren ervoor gingen ziekenfondsverzekerden vaker naar de specialist terwijl particulier verzekerden vaker de tandarts bezochten. Deze bevinding is niet het gevolg van een verandering in ervaren gezondheid in een van de groepen: het aandeel minder gezonden per (voormalige) verzekeringsgroep was even groot in 2006 als in de voorgaande jaren. Een (voorzichtige) conclusie is dan ook dat met het verdwijnen van het onderscheid in verzekeringsvorm tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden tevens de verschillen in medische consumptie tussen deze twee typen verzekerden iets zijn afgenomen.

7. Technische toelichting

Voor het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS), module Gezondheid, vraagt het CBS jaarlijks een voor de Nederlandse niet-institutionele bevolking representatieve steekproef van 9 duizend à 10 duizend mensen naar hun medische consumptie, ervaren gezondheid en leefstijl. Onder medische consumptie vallen het aantal contacten met de huisarts, specialist en tandarts maar ook het bezoek aan een fysiotherapeut of een alternatieve genezer. Ook wordt gevraagd naar of men opgenomen is geweest in het ziekenhuis en of men medicijnen gebruikt.

Respondenten rapporteren hun medische consumptie op basis van herinnering. Vooral minder ingrijpende feiten of gebeurtenissen kunnen op wat langere termijn wel eens vergeten worden. Mede daarom zijn, waar mogelijk, de gegevens betreffende aantallen contacten per jaar berekend op basis van een periode van 14 dagen voorafgaand aan de datum van het vraaggesprek. Voor dit artikel zijn de contacten met fysiotherapeut en alternatieve genezer en opname in het ziekenhuis niet meegenomen. De periode waarover gevraagd wordt betreft namelijk de 12 maanden vóór het vraaggesprek. Hierdoor valt een groot deel van de contacten in het voorgaande jaar. Omdat in dit artikel werd gekeken naar de invloed van een verandering (invoering van het nieuwe zorgstelsel) op een specifiek tijdstip, zou dit een onwenselijke vervuiling van de data geven. Deze cijfers zijn wel te vinden op StatLine.

Tot en met 2005 werd gevraagd naar hoe men verzekerd is tegen ziektekosten (ziekenfonds, particulier of via een publieke regeling voor ambtenaren) en of men aanvullende verzekeringen heeft afgesloten. In 2006 werd behalve naar de huidige zorgverzekering ook gevraagd naar hoe men het jaar daarvoor, dus in 2005, verzekerd was.

Om te onderzoeken of de medische consumptie veranderd is sinds de komst van het nieuwe zorgstelsel is de medische consumptie van 2006 vergeleken met de medische consumptie in de voorafgaande 5 jaar (2001 tot en met 2005). Er is vergeleken met de voorgaande 5 jaren in plaats van met alleen het voorgaande jaar 2005 omdat dit minder gevoelig is voor toevalligheden en schommelingen in de tijd.

Om te controleren of er significante verschillen zijn tussen de jaren en de (voormalige) verzekeringsgroepen is er voor de vragen die een percentage betreffen (bijvoorbeeld het percentage respondenten dat voorgeschreven medicijnen gebruikte) gebruik gemaakt van de difference-of-proportions test. Voor de vragen die aantallen betreffen (bijvoorbeeld het aantal contacten met de huisarts per jaar) is gebruik gemaakt van de independent samples t-test. Het significantie criterium voor beide toetsen was 95 procent.

Literatuur

Berg, J van den, 1985. Contact met de tandarts, 1974-1983. In: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, jaargang 4, nr. 1, blz. 5-14.

Merckelbach, J.M.C.J., 1988. De (voorheen) vrijwillig verzekerden. In: Maandbericht Gezondheidsstatistiek, jaargang 7, nr. 4, blz. 4-9.

Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2006. Klassenverschillen in het geneesmidde-
lengebruik. In: Pharmaceutisch Weekblad, jaargang 141, nr. 14, 7 april 2006.

Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2007. Ook in nieuw stelsel stijgen uitgaven
geneesmiddelen. In: Pharmaceutisch Weekblad, jaargang 142, nr. 15, 12 april 2007.

Swinkels, H., 1991. Contact met de tandarts, 1986-1988. In: Nederlands tijdschrift voor
Tandheelkunde, jaargang 98, blz. 345-349.

Swinkels, H., 2006. Trends in gezondheid, zorggebruik en leefstijl. In: Gezondheid en
zorg in cijfers 2006, CBS, blz. 29-52.

Tesser, P.T.M., van Dugteren, F., Merens, J.G.F., 1998. Gezondheid en het gebruik van
Gezondheidsvoorzieningen. In: Rapportage Minderheden 1998, Sociaal en Cultureel
Planbureau.

Vektis, 2005. Zorgthermometer juli 2005, blz. 18. http://www.vektis.nl/index.php?option=com_remository&Itemid=53&func=fileinfo&id=229

Vektis, 2006. Zorgmonitor 2006. http://www.vektis.nl/index.php?option=com_remository&Itemid=53&func=fileinfo&id=255

Bijlage

Tabel 1
Minder gezonden per verzekeringsvorm

	Aantal respondenten dat aangeeft een minder goede gezondheid te hebben		
	%	95% betrouwbaarheidsinterval	
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	23,8	23,3	24,3
2005	24,8	23,8	25,9
2006	23,9	22,8	25,0
Particulier			
2001 t/m 2005	12,8	12,4	13,3
2005	12,8	11,7	13,8
2006	12,3	11,2	13,3

Bron: CBS.

Tabel 2
Gemiddeld aantal huisartscontacten per jaar

	Absoluut	95% betrouwbaarheidsinterval	
	Totaal		
2001 t/m 2005	3,8	3,7	3,9
2006	3,7	3,4	3,9
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	4,2	4,1	4,4
2006	4,0	3,7	4,3
Particulier			
2001 t/m 2005	3,0	2,9	3,2
2006	3,2	2,9	3,5

Bron: CBS.

Tabel 3
Gemiddeld aantal specialistcontacten per jaar

	Absoluut	95% betrouwbaarheidsinterval	
	Totaal		
2001 t/m 2005	1,8	1,7	1,8
2006	2,0	1,8	2,1
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	1,9	1,8	2,0
2006	2,0	1,8	2,2
Particulier			
2001 t/m 2005	1,5	1,4	1,6
2006	1,9	1,6	2,1

Bron: CBS.

Tabel 4
Gemiddeld aantal tandartscontacten per jaar

	Absoluut	95% betrouwbaarheidsinterval	
	Totaal		
2001 t/m 2005	2,3	2,2	2,3
2006	2,2	2,0	2,3
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	2,2	2,1	2,2
2006	2,2	2,0	2,4
Particulier			
2001 t/m 2005	2,4	2,3	2,5
2006	2,1	1,8	2,3

Bron: CBS.

Tabel 5
Gebruik van voorgeschreven medicijnen

	Aantal respondenten dat de afgelopen 14 dagen voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt		
	%	95% betrouwbaarheidsinterval	
Totaal			
2001 t/m 2005	36,4	35,9	36,8
2006	37,7	36,7	38,7
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	39,0	38,5	39,6
2006	40,0	38,7	41,3
Particulier			
2001 t/m 2005	32,1	31,4	32,7
2006	34,2	32,7	35,7

Bron: CBS.

Tabel 6
Gebruik van niet-voorgeschreven medicijnen

	Aantal respondenten dat de afgelopen 14 dagen niet-voorgeschreven medicijnen heeft gebruikt		
	%	95% betrouwbaarheidsinterval	
Totaal			
2001 t/m 2005	37,8	37,4	38,2
2006	40,0	39,0	41,0
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	38,3	37,8	38,9
2006	41,3	40,1	42,6
Particulier			
2001 t/m 2005	37,0	36,3	37,7
2006	37,9	36,4	39,5

Bron: CBS.

Tabel 7
Gebruik van de anticonceptiepil

	Vrouwen van 16 t/m 49 jaar die de anti-conceptiepil gebruiken		
	%	95% betrouwbaarheidsinterval	
Totaal			
2001 t/m 2005	41,1	40,2	42,0
2006	36,5	34,5	38,4
Ziekenfonds			
2001 t/m 2005	41,4	40,3	42,4
2006	37,3	34,9	39,7
Particulier			
2001 t/m 2005	40,5	38,9	42,2
2006	34,4	30,9	38,0

Bron: CBS.

Tabel 8
Gebruik van de anticonceptiepil, apart voor alle jaren

Vrouwen van 16 t/m 49 jaar die de anticonceptiepil gebruiken			
	%	95% betrouwbaarheidsinterval	
Totaal			
2001	43,0	41,0	45,0
2002	41,8	39,8	43,8
2003	41,3	39,3	43,3
2004	39,9	38,1	41,8
2005	39,8	37,9	41,7
2006	36,5	34,5	38,4
Ziekenfonds			
2001	44,6	42,3	47,0
2002	42,2	39,8	44,6
2003	41,6	39,2	43,9
2004	38,7	36,5	41,0
2005	40,0	37,7	42,3
2006	37,3	34,9	39,7
Particulier			
2001	38,6	34,8	42,5
2002	40,8	37,0	44,5
2003	40,6	36,9	44,3
2004	42,9	39,3	46,4
2005	39,3	35,8	42,9
2006	34,4	30,9	38,0

Bron: CBS.