

## De vraag naar een aanvullende ziektekostenverzekering bij patiënten met een verhoogd risico voor fysiotherapie

H.V. Kool van Langenberghe, J.J. Kerssens, J. Dekker, E.Chr. Curfs \*

Bij de geplande herstructurering van het verzekeringsstelsel is sprake van een verplichte basisverzekering en een vrijwillig aanvullend gedeelte. Over de invulling van beide gedeeltes zijn de discussies nog gaande. Oorspronkelijk werd voor het aanvullende deel gedacht aan medicijnen via de apotheek, extramurale fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen (het 'combinatiepakket'). Hiervoor werd een 100% verzekeringsgraad verwacht. In dit onderzoek werden patiënten onder extramurale fysiotherapeutische behandeling door middel van een vragenlijst gevraagd naar hun voorkeur aangaande de inhoud van de aanvullende verzekering (zonder prijsopgave) en naar hun geneigdheid het bovengenoemde combinatiepakket en ook aanvullende dekking voor enkel fysiotherapie tegen realistische premies te kopen. Zonder prijsopgave verkoos ongeveer 70% het combinatie-

pakket boven andere keuzemogelijkheden. Bij het noemen van een realistische premie was het percentage dat geneigd was dit pakket te kopen aanmerkelijk lager, met name bij de lagere inkomensgroepen en de ziekenfondsverzekerden. Na multivariate analyse bleek de huidige verzekeringsvorm de sterkste verklarende factor. Tevens bleek dat bij ouderen en degenen met een langere duur van de klacht (de grotere risico's) de geneigdheid tot aanvullend verzekeren niet groter was dan bij andere groepen. Soortgelijke bevindingen gelden ook voor de aanvullende fysiotherapieverzekering tegen een realistische premie. De resultaten suggereren dat als (substantiële) voorzieningen ondergebracht worden in een aanvullende vrijwillige verzekering, zelfs onder risicogroepen voor die verstrekkingen (in dit geval voor fysiotherapie) een lage verzekeringsgraad te verwachten is.

Trefwoorden: aanvullende ziektekostenverzekering, verzekeringsgraad, risicogroep, fysiotherapie

**A**l geruime tijd staat het ziektekostenstelsel in Nederland ter discussie (Hermans & Spek 1987). In 1987 kwam de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg met voorstellen voor een sterk vereenvoudigd systeem, onder te brengen in één financieringsstructuur. Met betrekking tot deze herstructurering was toen en ook later (Ministerie van WVC 1988) sprake van een verplichte basisverzekering en een vrijwillig aanvullend gedeelte. Over de invulling van beide gedeeltes zijn de discussies nog gaande (Ministerie van WVC 1990, Raad van State 1990, Van de Ven 1989). Oorspronkelijk werd voor het aanvullende deel gedacht aan medicijnen via de apotheek, extramurale fysiotherapie en tandheelkunde voor volwassenen (in het vervolg 'combinatiepakket'). Hiervoor werd een 100% verzekeringsgraad verwacht. Of een dergelijk hoge verzekeringsgraad zal worden bereikt is echter een openstaande vraag. Het vrijwillige karakter van de aanvullende verzekering doet de vraag rijzen naar de geneigdheid van consumenten zich aanvullend te verzekeren en daarmee naar de te bereiken verzekeringsgraad. Schep (1988) vond een vrij hoge verzekeringsgraad, maar noemde geen premie in de vraagstelling. Nuyens & Collaris (1989) noemden een reële premie, waarbij een lage verzekeringsgraad werd gevonden (maximaal 57%).

\* H.V. Kool van Langenberghe, J.J. Kerssens, J. Dekker, E.Chr. Curfs, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL), Utrecht

### Geneigdheid tot verzekeren

Een aantal factoren hangt samen met de vraag naar een verzekering. Van belang zijn onder meer de financiële consequenties: de premiehoogte en de hoogte van de kosten waarvoor men het risico loopt. Als de premie een erg grote aanslag vormt op het besteedbare inkomen zal men wellicht afzien van een verzekering, of men zal een grote daling van het besteedbare inkomen moeten accepteren (Homan 1989). Wanneer de kosten van eventuele behandeling in relatie tot de premie en het besteedbare inkomen betrekkelijk gering zijn, zal men wellicht het risico nemen zelf die kosten te moeten opbrengen (Kahneman & Tversky 1979, Marquis & Holmer 1986).

Ook de huidige verzekeringsvorm wordt als een belangrijke determinant beschouwd van de geneigdheid tot het sluiten van een ziektekostenverzekering (Schep 1988). Met name de ziekenfondsverzekerden zijn mogelijk onvoldedig, of in het geheel niet, op de hoogte van de kosten van behandeling. Dit omdat deze groep verzekerden zorg ontvangt volgens het zogenaamde natura systeem, waar de vergoeding een zaak is tussen verzekeraar en hulpverlener. De betreffende patiënt heeft dus geen inzage in de gemaakte kosten en zal deze mogelijk onderschatten. Juist de kennis van de consument over de kosten van ontvangen zorg wordt geacht van invloed te zijn op de beslissing over al dan niet (aanvullend) verzekeren. Ook zijn de tarieven voor particulier verzekerden veelal hoger en kan hun perceptie van dekking ruimer zijn dan die van ziekenfondsverzekerden. Het is aannemelijk dat vooral

ziekenfondsverzekerden al snel de te betalen premie als fors beschouwen, zeker als in aanmerking wordt genomen dat zij vaak tot de lagere inkomensgroepen behoren. Men moge daarom veronderstellen dat deze groep verzekerden relatief weinig zal kiezen voor aanschaf van een aanvullende verzekering.

De risico's die mensen lopen zullen ook afhankelijk zijn van de leeftijd. Naarmate men ouder wordt is de kans groter dat men geconfronteerd wordt met gezondheidsproblemen waarvoor behandeling gewenst of noodzakelijk is. De aard en ernst van deze problemen laten zich moeilijk voorspellen; een ruime dekking tegen eventuele kosten ligt dan ook voor de hand (Slovic e.a. 1977).

Men kan aannemen dat de gezondheidstoestand een belangrijke determinant van geneigdheid tot verzekeren is. Gezondheidsindicatoren worden dan ook aangetroffen in onderzoek naar ziektekosten (Nuyens & Collaris 1989, Van Vliet 1990). Mensen die vaak of chronisch ziek zijn lopen een hoog risico om met ziektekosten geconfronteerd te worden. Deze personen zullen dus waarschijnlijk geïnteresseerd zijn in een zo compleet mogelijke dekking.

#### *Probleemstelling*

Als aanvulling op de onderzoeken onder de Nederlandse bevolking in het algemeen (Schep 1988, Nuyens & Collaris 1989) is het van belang inzicht te hebben in hoe bepaalde risicogroepen zullen beslissen aangaande de aanschaf van een aanvullende verzekering en in welke mate bepaalde factoren (inkomen, huidige verzekeringsvorm, leeftijd, duur van de klacht) daarbij een rol spelen als determinant. Een duidelijk omschreven risicogroep wordt gevormd door patiënten die extramurale fysiotherapie ontvangen, welke verstrekking voorbestemd was aan de aanvullende verzekering over gelaten te worden. Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in welk deel van de betreffende patiënten geneigd is zich vrijwillig aanvullend te verzekeren.

#### **METHODE**

##### *Gegevensverzameling*

Dit onderzoek maakt deel uit van het project 'Beleidsgericht Evaluatie- en Effectonderzoek Extramurale Fysiotherapie', een meerjarig onderzoek uitgevoerd door het NIVEL, waarin gegevens worden verzameld over de patiëntenpopulatie bij een groep a-select gekozen extramurale fysiotherapiepraktijken verspreid over Nederland. Deze gegevens hebben betrekking op onder meer persoonlijke kenmerken en verzekeringsvorm van de patiënt, verwijzindicatie en fysiotherapeutisch handelen.

In aanvulling op de bovenvermelde basisgegevens werd gedurende zes maanden, van medio september 1989 tot medio maart 1990, door middel van een patiëntenquête aanvullende gegevens verzameld.

De extra informatie betrof de volgende aspecten:

- netto gezinsinkomen per maand, waarbij twaalf inkomenscategorieën werden voorgelegd;
- naar welke voorziening of welke combinatie van voorzieningen de voorkeur uitging in een aanvullend pakket: medicijnen via de apotheek, extramurale fysiotherapie en

tandartshulp voor volwassenen; acht verschillende keuzen werden voorgelegd;

- de vraag naar het aanschaffen van een hypothetisch aanvullend pakket bestaande uit de drie bovenvermelde voorzieningen voor een premie van *f* 400 en ook voor *f* 800 per jaar per persoon. Dit pakket wordt in het vervolg met 'combinatiepakket' aangeduid. Voorts de vraag naar aanschaffen van een aanvullende verzekering voor enkel de verstrekking extramurale fysiotherapie voor *f* 80 en voor *f* 160 per jaar, per persoon (zie noot).

Het hanteren van een premie van *f* 400 voor het combinatiepakket maakt een vergelijking met gegevens van het VNZ mogelijk (Nuyens & Collaris 1989). Omdat de studiepopulatie een verhoogd risico heeft voor de verstrekking fysiotherapie werd ook de vraag geïnventariseerd naar een aanvullende verzekering die alleen de kosten voor fysiotherapie dekt. De verdubbelde premies (*f* 800 en *f* 160) dienen om inzicht te verkrijgen in de beslissingen van de respondenten als de verzekeringsgraad niet 100% is en dientengevolge de premie zal toenemen.

De vraag naar de aanvullende verzekering werd door de patiënten aangegeven middels zes antwoordcategorieën. Deze werden ten behoeve van de analyses gedichotomiseerd tot een indicatie van wel geneigd zijn (zeker en zeker wel' of 'waarschijnlijk wel') en van de overigen, die twijfel of zelfs ronduit afwijzing indiceren ('misschien wel/niet', 'waarschijnlijk niet', 'vast en zeker niet' en 'weet niet'). Dit omdat het in de huidige context van belang is om inzicht krijgen in de vraag naar de aanvullende verzekering.

##### *Procedure*

De basisgegevens werden door de behandelende fysiotherapeut na de eerste zitting genoteerd in een basisregistratieformulier. De extra vragenlijst werd door de fysiotherapeut aan de patiënt ter hand gesteld, met het verzoek deze in te vullen en zelf naar het NIVEL te retourneren in een bijgeleverde portovrije retourenveloppe. Op beide formulieren werd gevraagd van de achternaam alleen de eerste drie letters, de initialen en de geboortedatum in te vullen. Deze gegevens maakte een koppeling van informatie tussen basisregistratieformulier en vragenlijst mogelijk, onder waarborg van anonimiteit. De vragenlijst werd aan alle nieuw verwezen patiënten verstrekt in 10 extramurale fysiotherapiepraktijken. Alleen de formulieren van respondenten van 16 jaar of ouder werden gebruikt voor analyses. Er namen 18 fysiotherapeuten in vast dienstverband deel en een variërend aantal tijdelijke waarnemers. Bij een vergelijking van leeftijd en geslacht met gegevens van fysiotherapeuten uit een beroepenregistratie in de eerste lijn (Pool & Hingstman in voorbereiding), bleek de onderhavige groep niet significant af te wijken.

De statistische significantie van verschillen tussen groepen werd getest middels  $\chi^2$  toetsen.

#### **RESULTATEN**

##### *Respons*

Door de fysiotherapeuten werden in totaal 1126 enquêteformulieren uitgereikt, 685 werden ingevuld geretourneerd (60,8%). Een non-respons analyse wees uit dat de niet-res-

Aanvullende verzekering	n *	%
Geneesmiddelen + fysiotherapie + tandartshulp	468	69,9
Geneesmiddelen + fysiotherapie	106	15,8
Geneesmiddelen + tandartshulp	19	2,8
Fysiotherapie + tandartshulp	15	2,2
Alleen geneesmiddelen	8	1,2
Alleen fysiotherapie	4	0,6
Alleen tandartshulp	2	0,3
Liever geen aanvullende verzekering	48	7,2

\* Van 15 respondenten was geen voorkeur bekend

**Tabel 1** De vraag naar de aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers, n=670)

ponderende patiënten wat betreft geslacht en leeftijd niet statistisch significant afwijken van de respondenten.

#### Kenmerken van de respondenten

Van de respondenten behoort 54,9% tot het vrouwelijke geslacht. De gemiddelde leeftijd was 46,4 jaar (sd 16,7).

De respondenten waren als volgt verzekerd: ziekenfonds 521 (76,1%), particuliere verzekering 129 (18,8%) en de publiekrechtelijke verzekering 35 (5,1%).

#### Geneigdheid tot verzekeren in relatie tot premiehoogte

De verdeling van de voorkeur voor een enkele voorziening of voor combinaties van verstrekkingen in de aanvullende verzekering staat vermeld in tabel 1. Een overgrote meerderheid van de geënquêteerde patiënten (468 of 70%) prefereert een aanvullende verzekering waar alle drie de voorzieningen geneesmiddelen, fysiotherapie en tandartshulp in voorkomen.

Tabel 2 toont hoeveel respondenten zouden besluiten tot aanschaf als het meest complete pakket als aanvullende verzekering zou worden aangeboden tegen achtereenvolgens de premies f 400 en f 800. Zei aanvankelijk 70% van de respondenten het meest complete pakket te verkiezen boven de andere keuzes, bij een prijs van f 400 voor het combinatiepakket blijken nog maar 240 respondenten (36,4%) geneigd het te zullen aanschaffen. Als een premie van f 800 wordt verlangd daalt het aantal gegadigden verder tot 81 (16,4%).

Voor de verstrekking van enkel fysiotherapie in het aanvullende pakket voor f 80 hebben 331 patiënten (49,3%) belangstelling; bij een premie van f 160 daalt dit tot 151 (22,7%).

**Tabel 2** De vraag naar de aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen en verschillende premiebedragen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers, n=670)

Aanvullend pakket	n	%
Combinatiepakket		
Geen bedrag	468	69,9
f 400	240	36,4
f 800	81	16,4
Enkel fysiotherapie		
f 80	331	49,3
f 160	151	22,7

Bedrag	n *	%
Minder dan f 1000	19	2,9
f 1000 - f 1500	106	16,0
f 1501 - f 2000	143	21,6
f 2001 - f 2500	148	22,4
f 2501 - f 3000	88	13,3
f 3001 - f 3500	63	9,5
f 3501 - f 4000	43	6,5
f 4001 - f 4500	15	2,3
f 4501 - f 5000	19	2,9
f 5001 - f 5500	7	1,1
f 5501 - f 6000	2	0,3
Meer dan f 6000	8	1,2

\* Van 18 respondenten was geen inkomen bekend

**Tabel 3** Frequentieverdeling van netto gezinsinkomen per maand (percentages van het totale aantal respondenten, n=667)

#### Geneigdheid tot verzekeren en inkomen

De verdeling over de twaalf gehanteerde inkomensgroepen is te zien in tabel 3. De modus wordt gevormd door de groep f 2001 tot f 2500. Ter vergelijking werden gegevens gebruikt van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) uit 1987 (CBS 1990). Volgens het CBS lag het modale netto (het CBS spreekt van besteedbaar) inkomen van alle huishoudens samen in de klasse f 2333 tot f 2500 per maand. Deze klasse valt in de modale inkomenscategorie van de onderhavige studiepopulatie. Uit tabel 3 valt daarmee af te leiden dat 63% van de respondenten een maandelijks netto gezinsinkomen heeft gelijk aan of lager dan het modale netto inkomen van alle huishoudens in Nederland samen. De onderhavige groep patiënten is dus niet bijzonder draagkrachtig.

Ten behoeve van verdere analyses werd de 'range' van inkomensklassen in drie groepen verdeeld: lage inkomens  $\leq$  f 2500, middeninkomens f 2501 t/m f 4500 en hoge inkomens  $>$  f 4500 netto per maand per gezin. Opgesplitst naar deze inkomensgroepen, kiest in alle drie de groepen ongeveer 70% voor het meest complete pakket (tabel 4). Er werden geen statistisch significante verschillen gevonden. Wel blijkt dat het percentage respondenten dat zegt tot aanschaf over te gaan voor de prijs van f 400 aanmerkelijk stijgt naarmate het gezinsinkomen hoger is ( $p < 0,05$ ). Bij een premie van f 800, is geen statistisch significant verschil gevonden tussen de drie groepen. Een soortgelijk beeld komt naar voren bij de aanvullende verzekering voor fysiotherapie. Gegeven een premie van f 80 stijgt het percentage ja-zeggende sterk naarmate het inkomen stijgt ( $p < 0,05$ ), als de premie verdubbelt is er geen statistisch significant onderscheid tussen de inkomensgroepen.

Vergeleken met het aandeel dat zich uitsprak voor het combinatiepakket zonder dat er een prijs werd genoemd, dalen bij een prijskaartje van f 400 de percentages gegadigden sterk binnen de twee laagste inkomensgroepen. Bij de hogere inkomens is dit verschil relatief klein, met een verloop van 68,6% naar 63,9%. Bij een premie van f 800 daalt het percentage potentiële kopers binnen alle drie de groepen nog verder. Ook bij een verdubbeling van de premie voor de fysiotherapieverzekering daalt binnen elke inkomensgroep het percentage waarschijnlijke kopers.

Aanvullende verzekering	Inkomensgroep						N	$\chi^2$	df	p
	0-2500		>2500-4500		>4500					
	n	%	n	%	n	%				
<b>Combinatiepakket</b>										
Geen bedrag	286	70,1	147	71,7	24	68,6	648	0,2	2	0,888
f 400	128	32,1	83	40,5	23	63,9	640	16,4	2	0,000
f 800	40	10,0	30	14,8	7	19,4	638	4,8	2	0,090
<b>Enkel fysiotherapie</b>										
f 80	185	45,6	112	53,6	24	68,6	650	9,0	2	0,011
f 160	84	20,9	54	26,1	8	22,9	643	2,1	2	0,358

**Tabel 4** De relatie tussen inkomen en de vraag naar de aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen en verschillende premiebedragen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers per inkomenscategorie)

Aanvullende verzekering	Huidige verzekeringsvorm						N	$\chi^2$	df	p
	Ziekenfonds		Publiekr.		Particulier					
	n	%	n	%	n	%				
<b>Combinatiepakket</b>										
Geen bedrag	368	72,0	26	74,3	74	59,7	670	7,6	2	0,023
f 400	152	30,2	14	40,0	74	61,2	659	40,5	2	0,000
f 800	47	9,3	5	14,3	28	23,9	655	19,0	2	0,000
<b>Enkel fysiotherapie</b>										
f 80	234	45,7	13	37,1	84	67,2	672	20,7	2	0,000
f 160	95	18,7	7	20,0	49	40,2	664	25,9	2	0,000

**Tabel 5** De relatie tussen huidige verzekeringsvorm en de vraag naar een aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen en verschillende premiebedragen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers per verzekeringscategorie)

#### *Geneigdheid tot verzekeren en huidige verzekeringsvorm*

Binnen drie de groepen, ingedeeld naar de huidige verzekeringsvorm, bestaat er bij een meerderheid voorkeur voor het meest uitgebreide pakket (tabel 5). Een vergelijking van de percentages per verzekeringsvorm onthult onderlinge verschillen. In het geval van de particulier verzekerden valt de keuze minder sterk uitgesproken op de meest complete combinatie, namelijk 60% tegenover ruim 70% bij de twee andere verzekeringsvormen. De verschillen zijn statistisch significant ( $p < 0,05$ ). Verder blijkt dat voor ieder aangeboden verzekeringspakket geldt dat het percentage waarschijnlijke kopers significant stijgt in de volgorde ziekenfondsverzekerden, publiekrechtelijk verzekerden en particulier verzekerden.

Bij zowel de ziekenfonds- als de publiekrechtelijk verzekerden daalt het percentage dat belangstelling toont

voor het combinatiepakket als dat wordt aangeboden voor f 400. Binnen iedere groep verzekerden daalt het percentage gegadigden verder als de premie stijgt tot f 800. Dit geldt ook voor de fysiotherapie verzekering als de premie stijgt van f 80 tot f 160.

#### *Geneigdheid tot verzekeren en leeftijd*

Om te onderzoeken of er verschillen zijn die geassocieerd kunnen worden met leeftijd werden de respondenten ingedeeld in vier leeftijdsklassen: 16-18 jaar, 19-45 jaar, 46-65 jaar en ouder dan 65 jaar.

De resultaten worden in tabel 6 getoond. Naar gelang de leeftijdsklasse stijgt, blijkt dat relatief minder patiënten kiezen voor het meest uitgebreide pakket ( $p < 0,05$ ). Geen statistisch significante verschillen zijn gevonden bij f 400, noch bij f 800. Wel bestaan verschillen ten aanzien van de aanvullende verzekering voor fysiotherapie ten bedra-

**Tabel 6** De relatie tussen leeftijd en de vraag naar de aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen en verschillende premiebedragen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers per leeftijdsgroep)

Aanvullende verzekering	Leeftijdsgroep								N	$\chi^2$	df	p
	16-18		19-45		46-65		>65					
	n	%	n	%	n	%	n	%				
<b>Combinatiepakket</b>												
Geen bedrag	10	76,9	201	76,7	127	66,1	49	59,0	550	12,1	3	0,007
f 400	4	30,8	89	33,8	73	38,6	28	38,9	537	1,5	3	0,681
f 800	1	7,7	31	11,8	24	12,9	13	18,1	534	2,3	3	0,512
<b>Enkel fysiotherapie</b>												
f 80	6	46,2	124	46,8	96	49,7	53	67,1	550	10,3	3	0,016
f 160	3	23,1	50	18,9	50	26,2	23	30,3	544	5,8	3	0,123

Aanvullende verzekering	Duur van de klacht						N	$\chi^2$	df	p
	< 3 mnd		3-12 mnd		> 12 mnd					
	n	%	n	%	n	%				
<b>Combinatiepakket</b>										
Geen bedrag	244	72,4	91	69,5	47	61,8	544	3,4	2	0,187
f 400	114	34,7	47	36,7	29	39,2	531	0,6	2	0,739
f 800	43	13,1	11	8,5	15	20,5	529	6,0	2	0,051
<b>Enkel fysiotherapie</b>										
f 80	158	47,2	72	54,5	45	58,4	544	4,3	2	0,117
f 160	72	21,8	30	22,9	24	31,6	538	3,4	2	0,187

**Tabel 7** Relatie tussen duur van de klacht en de vraag naar de aanvullende verzekering naar opgenomen verstrekkingen en verschillende premiebijdragen (aantal en percentage waarschijnlijke kopers per categorie van duur van de klacht)

ge van f 80: het percentage waarschijnlijke kopers stijgt met de leeftijd ( $p < 0,05$ ).

Bij een prijs van f 400 vindt binnen elke leeftijds-klasse een aanmerkelijke daling plaats in het percentage kopers, vergeleken met degenen die een voorkeur uitspreken zonder dat er een bedrag wordt genoemd. Een verdere daling treedt op bij het noemen van een premie van f 800. Ook daalt de belangstelling voor de fysiotherapie verzekering binnen iedere leeftijdsklasse als de prijs stijgt.

#### *Geneigdheid tot verzekeren en duur van de klacht*

Uit de basisregistratie was bekend hoelang de klachten bestonden op het moment van registratie. De patiënten werden ingedeeld in 3 groepen van duur van de klacht: < 3 maanden, 3-12 maanden en langer dan 1 jaar.

De resultaten omtrent de relatie tussen de duur van de klacht en geneigdheid tot verzekeren staan vermeld in tabel 7. Het percentage respondenten dat wel geneigd is een aanvullende verzekering te kopen, stijgt met de duur van de klacht wat betreft het combinatiepakket van f 400 en de beide polissen voor fysiotherapie; dit bereikt echter geen statistische significantie.

Binnen iedere groep daalt het percentage gegadigden als een prijs van f 400 gegeven wordt en daalt nog verder

bij een prijs van f 800. Ook vindt een reductie plaats van de percentages gegadigden voor de aanvullende fysiotherapie verzekering als de prijs wordt verdubbeld.

#### *Multivariate analyse*

Een onderlinge beïnvloeding van verschillende factoren is heel waarschijnlijk. Inkomen en verzekeringsvorm bijvoorbeeld hangen, door de loongrens, in de regel sterk samen (een chi-kwadraat test in de onderhavige populatie toont  $\chi^2 = 140,4$ ,  $df=4$ ,  $p < 0,05$ ). Ook zal leeftijd naar verwachting samenhangen met inkomen en met de duur van de klacht. Door middel van een logistische regressie analyse is nagegaan welke van de variabelen inkomen, verzekeringsvorm, leeftijd en de duur van de klacht in samenhang de wens tot aanschaf van een aanvullende verzekering voorspellen. De afhankelijke variabele wordt gevormd door het aantal respondenten dat bereid is het combinatiepakket tegen een prijs van f 400 aan te schaffen, betrokken op alle respondenten. De keuze van een multivariate analyse met betrekking tot deze polis komt voort uit het gegeven dat deze beleidsplanners voor ogen stond en dat f 400 hiervoor actueel fair bedrag is. Tabel 8 toont dat op een significantieniveau van 0,05 alleen de variabele 'verzekering' samenhangt met de geneigdheid

**Tabel 8** Resultaten van de logistische regressie-analyse van inkomen, verzekeringsvorm, leeftijd en duur van de klacht op de bereidheid het combinatiepakket tegen een premie van f 400 per jaar aan te schaffen\*

Variable	B	SE	Wald	df	Sig	e <sup>B</sup>
Inkomensgroep			3,049	2	0,218	
0-2500	0,223	0,190	1,374	1	0,241	1,250
2500-4500	0,300	0,191	2,461	1	0,117	1,350
Verzekeringsvorm			23,306	2	0,000	
Ziekenfonds	0,635	0,180	12,507	1	0,000	1,887
Particulier	-0,696	0,207	11,260	1	0,000	0,499
Leeftijdsgroep			1,108	3	0,775	
16-18	0,316	0,531	0,355	1	0,551	1,372
19-45	0,014	0,220	0,004	1	0,949	1,014
46-65	-0,160	0,225	0,507	1	0,476	0,852
Duur van de klacht			0,288	2	0,866	
< 3 mnd	-0,049	0,138	0,124	1	0,725	0,953
3-12 mnd	0,078	0,164	0,225	1	0,635	1,081
Constante	0,105	0,254	0,171	1	0,679	

B: logistische coëfficiënt; SE: standaard fout van B; Wald: toetsingsgrootte ter bepaling of B significant afwijkt van 0; df: aantal vrijheidsgraden; Sig: significantie van de afwijking van B van 0; e<sup>B</sup>: factor waarmee de vraag naar de aanvullende verzekering veranderd als de betreffende onafhankelijke variabele met een eenheid toeneemt

\* Logistische regressie (SPSS software) met dummy variabele codering resulterend in 'deviation contrasts'

tot het kopen van een aanvullend combinatiepakket. Dit valt op te maken uit de overschrijdingskans ( $p$ ). De betreffende logistische coëfficiënten, zijn als volgt te interpreteren. Het hebben van een ziekenfondsverzekering, ten opzichte van de twee andere verzekeringsvormen, doet de waarschijnlijkheid dat men *niet* geneigd is tot aanschaf over te gaan met een factor 1,89 ( $e^{0,635}$ ) toenemen. Het hebben van een particuliere verzekering vergroot diezelfde waarschijnlijkheid met een factor 0,50 ( $e^{-0,696}$ ), oftewel er is sprake van een reductie. Omgekeerd gesteld: het hebben van deze verzekeringsvorm hangt samen met een grotere waarschijnlijkheid dat men *wel* geneigd is een aanvullende verzekering te kopen. Omdat het aantal 'dummies' per categorale variabele altijd één minder is dan het aantal categorieën, is voor publiekrechtelijk verzekerden de logistische coëfficiënt niet weergegeven. Deze kan als volgt berekend worden:  $-(0,635 - 0,696) = 0,061$  (Norusis 1990). Voor het hebben van deze soort verzekering geldt, ten opzichte van de twee andere vormen, dat de waarschijnlijkheid dat men geneigd is een aanvullende verzekering *niet* te kopen, gering toeneemt met een factor 1,06 ( $e^{0,061}$ ). Het inkomen, wel afzonderlijk van invloed, vertoont geen significante voorspellende waarde in samenhang met verzekeringsvorm. Ook leeftijd en duur van de klacht blijken ondergeschikt in hun voorspellende betekenis.

Het effect van de verzekeringsvorm is overeenkomstig de resultaten uit de voorgaande bivariate analyse: ziekenfondsverzekerden zijn het minst van allen bereid het combinatiepakket voor  $f$  400 aan te schaffen, particulier verzekerden zijn hiertoe het meest bereid. De publiekrechtelijk verzekerden nemen een duidelijke tussenpositie in. De verzekeringsvorm is als zodanig als een ordinale variabele op te vatten (Agresti 1984).

#### SLOTBESCHOUWING

De belangrijkste conclusie is dat, indien een vrijwillige aanvullende zorgverzekering wordt ingevoerd, er rekening dient te worden gehouden met een lage verzekeringsgraad onder patiënten met een zeker verhoogd risico voor de verstrekkingen die dat pakket bevat. Ten hoogste 70% van de huidige patiënten onder extramurale fysiotherapiebehandeling verkiest het pakket medicijnen via de apotheek, extramurale fysiotherapie en tandartshulp voor volwassenen - het pakket dat de beleidsmakers oorspronkelijk voor ogen stond - boven andere combinaties van dezelfde verstrekkingen. Als een actuariael faire premie vermeld wordt daalt het percentage gegadigden sterk, namelijk tot zo'n 36%. Dit percentage is weliswaar iets hoger dan de 30% die de VNZ vond onder een steekproef van de Nederlandse bevolking, met een vrijwel gelijklopende vraagstelling (Nuyens & Collaris 1989), maar is ronduit laag te noemen. Bij een daarbij onvermijdelijke premiestijging zullen nog meer personen besluiten geen aanvullende verzekering af te sluiten. Ook het animo voor een aanvullende verzekering voor enkel fysiotherapie blijkt laag: slechts rond de 49% blijkt wel geneigd dit aan te schaffen voor de gegeven prijs. Afgezien van een weloverwogen kosten/baten vergelijking lijken de premiehoogte en in sommige gevallen bekendheid met de kosten van zorgverlening, een belang-

rijke factor te vormen inzake de aanschaf van een aanvullend vrijwillig verzekeringspakket.

Alleen bij de hoge inkomensgroep en bij de particulier verzekerden in de onderhavige populatie blijkt nagenoeg geen discrepantie te bestaan tussen de voorkeur voor het combinatiepakket en de geneigdheid het aan te schaffen voor de daarvoor geldende reële prijs van  $f$  400. Daarbij dient opgemerkt te worden dat uit de multivariate analyse bleek dat de huidige verzekeringsvorm de sterkste verklarende factor is. Deze bevindingen stroken met de veronderstelling dat het ontbreken van inzicht in de kosten van verkregen zorg de ziekenfondsverzekerden betrekkelijk vaak doet besluiten zich niet aanvullend te verzekeren. Het is aannemelijk dat bij deze groep sprake is van een samenspel van gebrekkige kennis van de kosten van zorg en een vaak lager inkomen, bij de beslissing tot al dan niet aanvullend verzekeren. Het ligt voor de hand bij een eventuele invoering van een breed aanvullend pakket met name de ziekenfondsverzekerden goed voor te lichten aangaande de potentiële kosten van zorg.

Bij een uitsplitsing van de gegevens naar inkomen, leeftijd en duur van de klacht, blijkt dat zelfs bij die groepen die het zich niet kunnen veroorloven zelf eventuele kosten van de voorzieningen in het combinatiepakket te dragen (de lagere inkomens) of die in het algemeen als grotere risico's worden beschouwd (de ouderen en degenen met de meest chronische klachten), het percentage dat geneigd is zich te verzekeren relatief klein is. Het invoeren van een stelsel waarbij belangrijke categorieën zorgverlening worden overgelaten aan een vrijwillige verzekering kan betekenen dat juist diegenen die waarschijnlijk grote kosten gaan maken en die zich dat financieel het minst kunnen veroorloven, afhaken. De vraag is wat de gevolgen hiervan zullen zijn. Het kan betekenen dat men geen hulpverlening zoekt, met alle gevolgen van dien voor de gezondheidstoestand, of dat bij noodgedwongen zorgverlening de kosten door anderen gedragen moeten worden. Een spiraliserende toestand van uitstel van behandeling, escalerende gezondheidsproblemen en uiteindelijk behandeling tegen sterk toegenomen kosten lijkt in zo'n geval niet denkbeeldig.

In dit onderzoek is sprake van patiënten onder behandeling bij een fysiotherapeut, dus van een groep respondenten met een verhoogd risico (althans voor fysiotherapie). Dit betekent weliswaar dat de bevindingen niet zonder meer gegeneraliseerd kunnen worden naar de gehele Nederlandse bevolking, maar het geeft wel inzicht in de besluitvorming omtrent aanvullende verzekering bij een bevolkingsgroep die door zijn verhoogde risico daarbij zou zijn gebaat. Uitgangspunt was een aanvullende verzekering voor de verstrekkingen extramurale fysiotherapie, geneesmiddelen via de apotheek en tandartshulp. Het kan zijn dat in het kader van verdere wijzigingen van de plannen met betrekking tot het zorgverzekeringsstelsel, andere voorzieningen in een aanvullende verzekering ondergebracht zullen worden. Het lijkt echter aannemelijk dat - ook als de aanvullende verzekering een substantieel deel van de zorg omvat - ook in dat geval bepaalde patiëntengroepen voor wie die verstrekkingen essentieel zijn, toch verkiezen onverzekerd te blijven.

---

## NOOT

De genoemde premies zijn als volgt berekend. De totale kosten van de voorzieningen tandheelkundige hulp voor volwassenen, fysiotherapie en genees- en verbandmiddelen in de extramurale sector werden gesteld op 5576 miljoen gulden, voor alleen fysiotherapie 950 miljoen gulden (Ministerie van WVC 1989). Uitgaande van een bevolkingsomvang van 10,7 miljoen volwassenen en 4 miljoen kinderen en van een 100% dekkinggraad zal de premie die deze drie voorzieningen dekt ongeveer f 440 per jaar per persoon bedragen (kinderen betalen de helft). Gaat het alleen om fysiotherapie dan bedraagt de premie ongeveer f 75. Het betreft hier actueel faire bedragen dat wil zeggen zonder de opslag die verzekeraars berekenen.

---

## ABSTRACT

### **Demand for supplementary Health Insurance by patients at risk for physiotherapy**

Recent plans to restructure the Dutch health care insurance system call for the institution of a compulsory 'basic' insurance and a supplementary voluntary part. Originally, primary care physical therapy, prescribed medication and dental care for those over age 17 were intended to be left to voluntary insurance. Because of the essential nature of this mix a 100% insurance rate is deemed possible. In this investigation, patients undergoing physical therapy treatment were asked by questionnaire about their intention to purchase (hypothetical) supplementary insurance encompassing the aforementioned provisions (the 'combined policy'). About 70% chose the combined policy in favour of other possible combinations. When confronted with a realistic price tag, a substantially lower percentage intended to buy, especially in the lower income category and with those currently covered by public insurance. Multivariate analysis identified the current insurance (public versus private) as the most significant predictor of intention to buy the combined policy for an actuary fair price. Noteworthy is the finding that amongst those who on basis of their age or duration of their complaints are at increased risk, the demand for supplementary insurance is not significantly greater than in other groups. The findings suggest that the participation in voluntary supplementary insurance might prove to be low, even if that policy contains provisions essential for those concerned.

*Keywords: supplementary health insurance, coverage rate, population at risk, physiotherapy*

---

## LITERATUUR

- Agresti, A., Analysis of ordinal categorical data. Wiley & Sons, New York 1984
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Telefonische navraag november 1990
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg, Bereidheid tot verandering: advies van de commissie
- Structuur en Financiering Gezondheidszorg. 's-Gravenhage 1987
- Hermans, H.E.G.M. & J. Spek, De actualiteit van de geschiedenis van de ziekenfondsen. T. Soc. Gezondheidsz. 65 (1987) 104-110
- Homan, M.E., Prijskaartje Dekker: analyse van de inkomenseffecten van de stelselherziening ziektekostenverzekering. SWOKA, 's-Gravenhage 1989
- Kahneman, D. & A. Tversky, Prospect theory: an analysis of decision under risk. Econometrica 47 (1979) 263-291
- Marquis, M.S. & M.R. Holmer, Choice under uncertainty and the demand for health insurance. The Rand Corporation, Santa Monica CA 1986 (Report N-2516-HHS)
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Verandering verzekerd: stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1987-1988, 19 945. SDU, 's-Gravenhage 1988
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Financieel overzicht zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, 20 848, nrs.1-2. SDU, 's-Gravenhage 1989
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Werken aan zorgvernieuwing: actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig. Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 545. SDU, 's-Gravenhage 1990
- Norusis, M.J., SPSS/PC+ Advanced Statistics 4.0. SPSS Inc., Chicago 1990
- Nuyens, W. & J. Collaris, Marktonderzoek VNZ. Inzet 2 (1989) 3-14
- Pool, J.B. & L. Hingstman, Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1989. Deel II. NIVEL, Utrecht (in voorbereiding)
- Raad van State, Advies betreffende de juridische aspecten van de verhouding tussen basis- en aanvullend pakket in de zorgverzekering. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 21 592. SDU, 's-Gravenhage 1990
- Schep, J.S., Gezondheidszorgen: een consumentenonderzoek naar de door de Commissie Dekker voorgestelde wijzigingen in structuur en financiering van de gezondheidszorg. SWOKA, 's-Gravenhage 1988
- Slovic, P., B. Fischhoff, S. Lichtenstein, B. Corrigan & B. Coombs, Preference for insuring against probable small losses: insurance implication. The Journal of Risk and Insurance 44 (1977) 237-258
- Ven, W.P.M.M. van de, Risicoselectie en zorgverzekering. Economisch-Statistische Berichten (1989) 477-482
- Vliet, R.C.J.A. van, Risico-selectie en globale normuitkeringen: een kwantificering. T. Soc. Gezondheidsz. 68 (1990) 489-496

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Drs. J.J. Kerssens, Stichting NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946

Ontvangen 31 januari 1991, geaccepteerd 1 november 1991