

# Evaluatie naar verplicht eigen risico

Resultaten van fase 1 - quick scan: evaluatie op hoofdlijnen

Oprachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ECORYS Nederland B.V. in samenwerking met Berenschot Groep B.V.



**Berenschot**

Dr. Wija Oortwijn  
Dr. Sandra Adamini  
Dr. Vincent Thio  
Drs. Johan Siegert  
Drs. Piet de Bekker  
Drs. Arjo Boendermaker  
Prof. Dr. Marcel Canoy

Rotterdam, 12 april 2010

ECORYS Nederland BV  
Postbus 4175  
3006 AD Rotterdam  
Watermanweg 44  
3067 GG Rotterdam

T 010 453 88 00  
F 010 453 07 68  
E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)  
W [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)  
K.v.K. nr. 24316726

ECORYS Macro- & Sectorbeleid  
T 010 453 87 53  
F 010 452 36 60

# Inhoudsopgave

<b>Afkortingenlijst</b>	<b>5</b>
<b>1 Belangrijkste bevindingen en conclusies</b>	<b>7</b>
1.1 Algemene conclusies met betrekking tot doelstellingen van het verplicht eigen risico	7
1.2 Varianten op het verplicht eigen risico	11
<b>2 Evaluatie naar verplicht eigen risico</b>	<b>13</b>
2.1 Invoering van het verplicht eigen risico	13
2.2 Doelstelling evaluatie verplicht eigen risico	14
2.3 Vraagstelling en plan van aanpak	15
2.4 Leeswijzer	16
<b>3 Effecten van het verplicht eigen risico</b>	<b>19</b>
3.1 Achtergrond	19
3.2 Financiële effecten van de regeling	19
3.3 Beroep op huisartsenzorg en huisartsverwijzingen naar specialisten	21
3.4 Gebruik genees- en hulpmiddelen	24
3.4.1 Geneesmiddelen	24
3.4.2 Hulpmiddelen	27
3.5 Spoedeisende hulp en bemoeizorg	28
3.6 Effecten van het verplicht eigen risico op zorggebruik: bevindingen van het Consumentenpanel NIVEL	29
3.7 Samenvatting	30
<b>4 Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten</b>	<b>31</b>
4.1 Achtergrond	31
4.2 Informatievoorziening door zorgverzekeraars	31
4.3 Verzekerden en het verplicht eigen risico	34
4.4 Huisartsen en het verplicht eigen risico	36
<b>5 Uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling</b>	<b>39</b>
5.1 Achtergrond	39
5.2 Algemene uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico	39
5.3 Uitvoeringskosten van de compensatieregeling	41
5.4 Uitvoering van de compensatieregeling	41
<b>6 Sturingsinstrument</b>	<b>49</b>
6.1 Achtergrond	49

6.2 Inzet en effect van het sturingsinstrument	50
<b>7 Varianten op het verplicht eigen risico</b>	<b>55</b>
7.1 Achtergrond	55
7.2 Varianten op het huidige verplicht eigen risico	56
7.2.1 Verhoging van het eigen risico	56
7.2.2 Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen	58
7.2.3 Huisartsenzorg: onderdeel van het verplicht eigen risico en/of eigen bijdrage?	59
7.2.4 Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg	61
7.2.5 Aandacht voor rechtvaardigheid en sturing door vrijstelling van eigen betalingen	62
7.3 Samenvatting	63

## Afkortingenlijst

<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BSN</b>	Burger Service Nummer
<b>CAK</b>	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten
<b>CBS</b>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<b>CER</b>	Compensatieregeling Eigen Risico
<b>CG-Raad</b>	Chronisch zieken en gehandicapten Raad Nederland
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
<b>CPB</b>	Centraal Planbureau
<b>CVZ</b>	College voor zorgverzekeringen
<b>DBC</b>	Diagnosebehandelingcombinatie
<b>DDD</b>	Standaard dagdoseringen
<b>DKG</b>	Diagnose kostengroep
<b>FKG</b>	Farmaceutische kostengroep
<b>GGZ</b>	Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg
<b>GIP</b>	Genees- en hulpmiddelen Informatie Project
<b>KNMG</b>	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
<b>M&amp;I</b>	Modernisering en Innovatie
<b>NAW</b>	Naam Adres Woonplaats gegevens
<b>NPCF</b>	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>PGB</b>	Persoonsgebonden budget
<b>RVZ</b>	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
<b>SEH</b>	Spoedeisende hulp
<b>SFK</b>	Stichting Farmaceutische Kengetallen
<b>TK</b>	Tweede Kamer
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Wtcg</b>	Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet



# 1 Belangrijkste bevindingen en conclusies

Per 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico is in de plaats gekomen van de no-claim teruggaveregeling die in 2005 werd ingevoerd.

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ECORYS Nederland B.V. (ECORYS) in samenwerking met Berenschot Groep B.V. gevraagd de evaluatie van het verplicht eigen risico uit te voeren.

Op vraag van de Tweede Kamer (TK) wordt de evaluatie naar het verplicht eigen risico uitgevoerd op zeven deelvragen:

- Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?
- Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?
- Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden?
- In hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?
- Wat zijn de algemene en specifieke uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling?
- Hoe verloopt de uitvoering van de compensatieregeling door het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK) en de betrokken ketenpartners?
- Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?

De evaluatie wordt in twee fasen uitgevoerd:

- een evaluatie op hoofdlijnen – een zogenaamde quick scan, waarvan de resultaten in dit rapport worden beschreven; en
- een verdiepingsslag naar microniveau waarbij de uitkomsten op het niveau van verzekerden wordt gemeten. De rapportage van de verdiepingsslag wordt eind 2010 opgeleverd.

## 1.1 Algemene conclusies met betrekking tot doelstellingen van het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (tot € 150 in 2008, € 155 in 2009 en € 165 in 2010) voor rekening van de verzekerde komen. Het verplicht eigen risico is bedoeld om mensen meer bewust te maken van de kosten van hun zorggebruik om op die manier een remmende werking te realiseren. Daarnaast wordt met

het verplicht eigen risico een financieringsverschuiving van collectief naar privaat beoogd.

Op basis van de evaluatie op hoofdlijnen kunnen de volgende conclusies getrokken worden.

#### *Gedragseffect van het verplicht eigen risico is niet eenduidig*

Uit bestaand onderzoek blijkt dat het gedragseffect van het verplicht eigen risico in de huidige vorm beperkt is. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft recent berekend dat dit bij een eigen risico van € 150 neerkomt op ongeveer € 60 tot € 90 miljoen. Met andere woorden, het effect van de maatregel op zorggebruik is gering. Hiervoor bestaan verschillende redenen:

- Niet iedereen is bekend met de invulling van de maatregel (wat binnen/buiten het verplicht eigen risico valt);
- Het feit dat huisartsenzorg is uitgesloten van het eigen risico;
- Slechts een beperkte groep verzekerden, vooral chronisch zieken, komen veelvuldig in aanraking met de zorg. Deze groep heeft de hoogste zorguitgaven. Gegeven deze hoge uitgaven overschrijden zij met zekerheid het verplicht eigen risico. Hierdoor vervalt de prikkel die theoretisch gezien van het eigen risico uit zou moeten gaan. Bovendien vallen zij vanwege hun ziekte veelal binnen de beschermingsmechanismen, waardoor ook de financieringsverschuiving beperkter is.

Ook verzekerden zelf geven te kennen dat zij zich bij hun zorggebruik niet of nauwelijks laten leiden door het verplicht eigen risico. Er lijkt dus geen remmende werking van uit te gaan.

In aanvulling op de calculatie van gedragseffecten door het CPB (op basis van een functie van de zorgvraag), heeft ECORYS het feitelijk zorggebruik geanalyseerd om te bekijken of er trendbreuken optreden als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico. Hiervoor is het feitelijke gebruik en daaraan gerelateerde kosten van genees- en hulpmiddelen, het beroep op spoedeisende hulp (SEH), huisartsenbezoek en verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten op hoofdlijnen geanalyseerd. Deze globale analyse van gegevens op geaggregeerd niveau biedt echter onvoldoende inzicht om een feitelijk gedragseffect van het verplicht eigen risico vast te kunnen stellen. Dit komt mede omdat het zorggebruik bepaald wordt door vele andere factoren. Hierbij valt te denken aan pakketmaatregelen, bevolkingsgroei, vergrijzing en de poortwachterfunctie van de huisarts. Deze aspecten zijn bovendien de afgelopen jaren sterk in ontwikkeling. Op basis van onze analyse kan een gedragseffect van het verplicht eigen risico noch worden bewezen, noch worden uitgesloten.

#### *Financieringsverschuiving verplicht eigen risico is ongeveer € 1,3 miljard*

De financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico van € 150 bedraagt ongeveer € 1,3 miljard. De totale zorguitgaven veranderen hierdoor niet, wel nemen de collectieve zorguitgaven af. Bij een verplicht eigen risico van ongeveer € 250 kan € 2 miljard privaat worden gefinancierd, een gelijk bedrag als met de no-claim teruggaveregeling. De eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling gaat uit van een financieringsverschuiving van € 1,9 miljard.



*Informatieverschaffing door zorgverzekeraars aan hun verzekerden is in overeenstemming met wet- en regelgeving, maar de transparantie kan beter*

Voor wat betreft de informatieverschaffing van zorgverzekeraars aan hun verzekerden, kunnen we concluderen dat de bepalingen over het verplicht (en vrijwillig) eigen risico in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars in overeenstemming zijn met wet- en regelgeving. Bijna alle zorgverzekeraars geven informatie over het verplicht eigen risico in hun informatiepakketten en websites. De transparantie (vooral in termen van beschikbaarheid en volledigheid) van informatie kan worden verbeterd. Bovendien is het onduidelijk in hoeverre zorgverzekeraars voldoende en juiste informatie bieden over de inzet van het sturingsinstrument. Uit de analyse komt naar voren dat zorgverzekeraars moeite hebben met het informeren van verzekerden over het contracteringsbeleid.

*Bekendheid met het verplicht eigen risico onder verzekerden is onvoldoende*

Een meerderheid van de verzekerden is bekend met het bestaan van het verplicht eigen risico, maar een aanzienlijk percentage van de verzekerden is niet op de hoogte van de werkingssfeer van het verplicht eigen risico en van de compensatieregeling. De compensatieregeling is gebaseerd op automatische selectie van rechthebbenden op basis van een aantal criteria en veronderstelt dus geen actie om de compensatie te ontvangen. In de praktijk geldt voor een zeer kleine groep van rechthebbenden dat zij geen compensatie ontvangt als zij dit niet zelf bij het CAK aanvraagt. Een effect van het informatietekort bij verzekerden is dat mensen ten onrechte een compensatie aanvragen, waardoor de uitvoeringslasten van het CAK onnodig toenemen.

*Bekendheid met het verplicht eigen risico onder huisartsen lijkt niet van invloed op het voorschrijf- of verwijsgedrag*

In de beschikbare literatuur is weinig beschreven over de bekendheid van de huisarts met het verplicht eigen risico. De resultaten van de analyse of hoofdlijnen lijken erop te duiden dat huisartsen niet of nauwelijks rekening houden met het verplicht eigen risico in hun voorschrijf- of verwijsgedrag.

*De uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico zijn hoger dan verwacht*

De uitvoeringskosten van de verzekeraars voor de uitvoering van het verplicht eigen risico zijn hoger uitgevallen dan aanvankelijk geschat. De structurele kosten werden voor het ministerie in 2007 geraamd op circa € 27 miljoen, maar uit onderzoek van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) blijkt dat deze kosten tussen € 31 miljoen en € 46 miljoen liggen. Er zijn echter grote verschillen tussen verzekeraars. Deze verschillen worden verklaard door de aanpak die zorgverzekeraars kiezen of de verschillen in noodzaak om computersystemen aan te passen.

De uitvoeringskosten van verzekeraars voor de compensatieregeling eigen risico (CER) zijn marginaal. Over de kosten die het CAK maakt voor uitvoering van de compensatieregeling meldt het CAK in haar jaarverslag dat voor 2008 een specifiek budget is toegekend van in totaal € 7,7 miljoen. Hiervan heeft € 2,2 miljoen betrekking op de financiering van het opzetten van de uitvoering van de regeling en € 5,5 miljoen op de daadwerkelijke uitvoering. De criteria om voor deze compensatie in aanmerking te komen, hebben aanleiding gegeven tot tientallen beroepszaken.

*De uitvoering van de compensatieregeling verloopt relatief gezien goed, maar de criteria voor afbakening van de doelgroep leiden tot onduidelijkheid*

De uitvoering van de regeling heeft veel politieke en publicitaire aandacht gekregen. Dat is voornamelijk het gevolg van de lastige afbakening van de doelgroep. Een grote groep mensen kreeg geen compensatie terwijl ze wel chronisch patiënt zijn. Dit heeft te maken met de praktische politieke en beleidsmatige keuze om voor de te hanteren criteria aan te sluiten bij bestaande registraties.

De uitvoering zelf is relatief goed verlopen. In 2008 kregen verzekerden die in 2006 en 2007 in een farmaceutische kostengroep (FKG) waren ingedeeld en verzekerden die op 1 juli 2008 langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling waren opgenomen een beschikking met compensatie. Voor de jaren na 2008 worden stapsgewijs de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling uitgebreid. Zo zijn voor de compensatie 2009 de afbakeningscriteria uitgebreid met de diagnose kostengroepen (DKG) en wordt in 2011 het gebruik van bepaalde hulpmiddelen meegenomen als criterium.

Met de criteria voor 2008 kwamen circa 1,85 miljoen verzekerden in aanmerking voor compensatie. In 2009 waren dit ongeveer 1,9 miljoen verzekerden. Het totale bedrag dat werd uitgekeerd bedroeg in 2008 € 83,6 miljoen en in 2009 circa € 95 miljoen, inclusief ruim € 2 miljoen voor later uitgekeerde compensatie over het jaar 2008.

Over 2008 zijn uiteindelijk door 80.000 extra aanvragen binnengekomen waarvan het merendeel (72.000) is afgewezen. Dit heeft weer geleid tot een groot aantal (15.600) bezwaarschriften. Er zijn 14.300 negatieve beslissingen verzonden op deze bezwaren. Er zijn 475 beroepszaken ingediend waarvan een deel later is ingetrokken (136 zaken) of ongegrond is verklaard (34 zaken). In 194 zaken was ultimo 2009 nog geen uitspraak gedaan. Over 2009 zijn de voorlopige cijfers over het aantal extra aanvragen (17.642), afwijzingen (15.651) en bezwaren (1.044) aanzienlijk lager. Dit wijst erop dat de doelgroep beter wordt bereikt. Dit heeft te maken met de uitbreiding van de doelgroep en met verbeterde communicatie richting rechthebbenden, bijvoorbeeld over het lastige begrip 'dagdosering'.

*De inzet van het sturingsinstrument is beperkt*

De inzet van het eigen risico als sturingsinstrument, waarbij de zorgverzekeraar kan bepalen dat de kosten van bepaalde vormen van zorg geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico blijven, is beperkt in 2009. Achttien verzekeraars hebben de mogelijkheid opgenomen om vormen van zorg aan te wijzen die uitgesloten worden van het eigen risico, in 2009 maakten vijftien verzekeraars hiervan gebruik. Wel wordt het sturingsinstrument vooral ingezet voor specifieke zorgarrangementen binnen het B-segment waar voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding. Het is de vraag of het sturingsinstrument in 2010 vaker ingezet wordt. Verzekeraars lijken terughoudend omdat verzekerden de regeling als negatief zouden ervaren. Daarnaast geven verschillende verzekeraars aan dat zij over onvoldoende informatie beschikken om een juist preferentiebeleid te voeren. Bovendien is momenteel nog weinig bekend over het effect van het uitsluiten van bepaalde zorgkosten van het verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Onderzoeken laten uiteenlopende resultaten zien voor wat betreft de perceptie van verzekerden ten aanzien van het sturingsinstrument. Wel blijkt

dat huisartsen een belangrijker invloed hebben bij sturing dan financiële prikkels. Om de werking van het sturingsinstrument te kunnen beoordelen, is het van belang dit over een periode van meerdere jaren te volgen.

Het is overigens onduidelijk of de informatie die verzekeraars via hun website bieden juist en begrijpelijk is voor verzekerden om voldoende inzicht te verkrijgen in hoe het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument elkaar beïnvloeden.

## 1.2 Varianten op het verplicht eigen risico

In aanvulling op de evaluatie is een aantal varianten op het huidige verplicht eigen risico beschreven aan de hand van een drietal aspecten, namelijk gedragseffecten (kostenbewustzijn, gezondheidseffecten), financieringsverschuiving van collectief naar privaat en transparantie voor verzekerden (bekendheid met en begrijpelijkheid van de maatregel en de nadere invulling ervan).

De varianten die op hoofdlijnen met het verplicht eigen risico zijn vergeleken betreffen:

- Verhogen verplicht eigen risico;
- Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen;
- Huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico;
- Eigen bijdragen voor huisartsenzorg naast het huidige verplicht eigen risico;
- Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg (al dan niet in combinatie met het huidige verplicht eigen risico).

Voor de meeste varianten geldt dat zij naar verwachting beter scoren op gedragseffecten dan het huidige verplicht eigen risico. De financieringsverschuiving van publiek naar privaat is onder andere afhankelijk van het type zorg dat binnen de maatregel valt. In het geval dat huisartsenzorg onder het huidige verplicht eigen risico komt te vallen, kan een positief gedragseffect (kostenbewustzijn) en financieringsverschuiving optreden. Wanneer enkel eigen bijdragen ingevoerd worden voor huisartsenzorg zal de financieringsverschuiving van publiek naar privaat beperkt zijn vanwege de relatief lage kosten van een consult. Tenslotte speelt de mate van transparantie een belangrijke rol bij de reikwijdte van zowel gedragseffecten als de financieringsverschuiving. Wanneer een maatregel moeilijk uit te leggen is aan verzekerden, is de vraag in hoeverre gedragseffecten zullen optreden. Dit geldt vooral voor het verschoven eigen risico. De overige varianten zijn vergelijkbaar of wellicht beter uit te leggen aan verzekerden.



## 2 Evaluatie naar verplicht eigen risico

### 2.1 Invoering van het verplicht eigen risico

Per 1 januari 2008 geldt in de Zorgverzekeringswet (Zvw) een verplicht eigen risico voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder. Het verplicht eigen risico is in de plaats gekomen van de no-claim teruggaveregeling die in 2005 werd ingevoerd.<sup>1</sup> Het verplicht eigen risico is een eigen betaling waarbij de eerste zorgkosten (tot € 150 in 2008, € 155 in 2009 en € 165 in 2010) voor rekening van de verzekerde komen.

In principe geldt het verplicht eigen risico voor alle zorg binnen de Zvw, met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg, kraamzorg en normale tandheelkundige zorg voor verzekerden tot en met 21 jaar. Kinderen tot 18 jaar vallen niet onder het verplicht eigen risico. Verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten (bijvoorbeeld chronisch zieken)<sup>2</sup> en verzekerden in AWBZ-instellingen hebben per jaar recht op een financiële tegemoetkoming (€ 47 in 2008, € 50 in 2009 en € 54 in 2010) van het Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten (CAK).<sup>3</sup> Vanaf 2009 krijgen mensen die in 2006 en 2007 waren ingedeeld in een bepaalde diagnose kostengroep (DKG)<sup>4</sup> ook compensatie voor het verplicht eigen risico. In 2011 worden hier de hulpmiddelen aan toegevoegd.<sup>5</sup>

Het *doel* van het verplicht eigen risico is – naast een financieringsverschuiving van collectieve zorguitgaven naar private uitgaven – dat patiënten goed afwegen of het gebruik van medische voorzieningen nodig is. Doordat het verplicht eigen risico een negatieve financiële prikkel kent, kan worden verwacht dat een verplicht eigen risico leidt tot (1) minder mensen worden doorverwezen naar de specialist; (2) mensen eerder geneigd zijn om naar de huisarts te gaan in plaats van naar de SEH; (3) mensen minder snel een ‘second opinion’ zullen aanvragen en (4) mensen minder vaak hun arts zullen vragen om genees- of hulpmiddelen voor te schrijven dan wel te kiezen voor goedkopere varianten (bijvoorbeeld een verschuiving naar generieke geneesmiddelen). De

<sup>1</sup> De no-claim leidde tot aanzienlijke maatschappelijke en politieke onvrede. Ook waren er sterke twijfels of de positieve prikkel die van de teruggave van de no-claim uitgaat voldoende effectief is. zie: <http://www.minvws.nl/actueel/vraag-en-antwoord/verplicht-eigen-risico/default.asp>.

<sup>2</sup> Inclusief verzekerden die twee opeenvolgende voorafgaande jaren aan het jaar waarop de uitkering betrekking heeft, zijn ingedeeld in een farmaceutische kostengroep (FKG – deze zijn hetzelfde als die voor de vaststelling van de vereeningsbijdragen aan zorgverzekeraars worden gebruikt, met uitzondering van de FKG “hoog cholesterol”) (NZA. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008, p. 7, Eerste Kamer, 31 094 G, augustus 2008, p. 6).

<sup>3</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009; Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening Zorgstelsel, 29 689, nr. 194. Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag, 2008.

<sup>4</sup> Zie [www.regering.nl/actueel/persberichten\\_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning\\_verplicht\\_eigen\\_risico\\_in\\_2009](http://www.regering.nl/actueel/persberichten_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning_verplicht_eigen_risico_in_2009).

<sup>5</sup> NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008, p. 7.

verwachting is dat door deze beoogde effecten de kosten van de gezondheidszorg zullen dalen en daarmee ook de premies voor de verzekerden.<sup>6</sup>

Ook zou doelmatigheidswinst behaald kunnen worden door het zogenaamde sturingsinstrument. Sinds 1 januari 2009 mogen verzekeraars het eigen risico gebruiken als sturingsinstrument. Ze kunnen ervoor kiezen geen eigen risico te berekenen voor zorg die verzekerden afnemen bij door hun gecontracteerde aanbieders of om verzekerden te stimuleren zich gezond te gedragen en preventieprogramma's te volgen.<sup>7</sup> Verzekeraars zouden hierdoor beter in staat gesteld kunnen worden om goede afspraken te maken met zorgaanbieders over de kwaliteit, de prijs en de hoeveelheid zorg.<sup>8</sup>

## 2.2 Doelstelling evaluatie verplicht eigen risico

De doelstelling van deze evaluatie is om in kaart te brengen of de beoogde effecten optreden en of het verplicht eigen risico leidt tot niet-beoogde effecten.

Met de invoering van het verplicht eigen risico is een financieringsverschuiving van collectief naar privaat gerealiseerd. Het verplicht eigen risico is een negatieve financiële prikkel voor de verzekerde om het zorggebruik te beperken tot noodzakelijke zorg. Het is niet wenselijk dat de prikkel leidt tot onbedoelde drempels voor zorggebruik en onderconsumptie, noch is het wenselijk wanneer ondanks de regeling op grote schaal onnodig gebruik van zorg wordt gemaakt. Tevens zijn de financiële effecten op macroniveau van belang – in welke mate vindt een verschuiving van de financiering plaats en wat is de omvang van het volume-effect? Daarnaast is kennis en informatie over het verplichte en vrijwillige eigen risico bij verzekerden en professionals in de zorg van groot belang voor de werking ervan. Informatieverschaffing door zorgverzekeraars speelt daarbij een belangrijke rol. Zo moet voor verzekerden het verschil tussen de financiële gevolgen van het verplichte en het vrijwillige eigen risico duidelijk zijn.<sup>9</sup> Onvoldoende of verkeerde informatie kan resulteren in niet-beoogde effecten, bijvoorbeeld omdat verzekerden denken dat huisartsenzorg ook onder het eigen risico valt. Andere aspecten betreffen de effectiviteit van de CER en de uitvoeringskosten voor uitvoerende organisaties (CAK en zorgverzekeraars). Het is van groot belang dat de uitvoering van de compensatieregeling goed verloopt.

Speciale aandacht vereist de toepassing van het sturingsinstrument door de zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2009. Een onderkend risico hierbij betreft de (ontwikkeling van de) kwaliteit van zorgverlening door 'aangewezen' zorgaanbieders.<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006.

<sup>7</sup> Tweede Kamer der Staten-Generaal. Herziening Zorgstelsel, 29 689, nr. 194. Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag: 2008.

<sup>8</sup> [http://www.nza.nl/nza/Nieuws/compensatie\\_eigen\\_risico/](http://www.nza.nl/nza/Nieuws/compensatie_eigen_risico/).

<sup>9</sup> [http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief\\_minister\\_van\\_volksgezondheid/f=y.pdf](http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief_minister_van_volksgezondheid/f=y.pdf), NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008.

<sup>10</sup> Eerste Kamer der Staten Generaal. Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, 31 094, nr. G, Vergaderjaar 2007-2008. Den Haag, 2008.

## 2.3 Vraagstelling en plan van aanpak

De nadruk in deze evaluatie ligt op de doeltreffendheid van het verplicht eigen risico en de CER, waarbij we de volgende evaluatievragen beantwoorden:

- **Effecten van het verplicht eigen risico**

1. **Wat is het effect van het verplicht eigen risico op het zorggebruik en eventuele gezondheidsschade?**

Hierbij gaat het onder andere om het effect op a) het aantal verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten, b) het gebruik van de spoedeisende hulp in ziekenhuizen, c) het gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen en d) het optreden van een (onbedoelde) drempel voor het zorggebruik (bijvoorbeeld bij bemoezing).<sup>11</sup>

2. **Wat zijn de financiële effecten van het verplicht eigen risico?**

Hierbij gaat het onder andere om een mogelijke financieringsverschuiving en een eventueel gedragseffect vanwege het verplicht eigen risico.

- **Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten**

3. **Welke informatie verschaffen zorgverzekeraars aan hun verzekerden?**

Hierbij wordt onder andere in kaart gebracht a) of de wijze waarop informatie over het verplicht eigen risico wordt gegeven in de informatiepakketten en op de website van de verzekeraar voor de verzekerde duidelijk en volledig is; en b) of de wijze waarop informatie over het sturingsinstrument wordt ingezet door zorgverzekeraars duidelijk beschreven is in de polis.

4. **In hoeverre zijn verzekerden en huisartsen op de hoogte van het verplicht eigen risico?**

In dit kader zal in kaart gebracht worden wat bekend is over het verplicht eigen risico onder verzekerden. Daarnaast zal gekeken worden naar de bekendheid van de huisartsen met het verplichte eigen risico, en of zij bij de zorgverlening en hun verwijs- en voorschrijfgedrag rekening houden met de financiële gevolgen voor de verzekerden.

- **Werking van het verplicht eigen risico**

5. **Wat zijn de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico?**

Hierbij wordt gekeken naar de algemene uitvoeringskosten en de specifieke uitvoeringskosten voor het sturingsinstrument en de compensatieregeling.

6. **Hoe verloopt de uitvoering van de compensatieregeling door het CAK en de betrokken ketenpartners?**

De vraag hierbij is onder meer of met compensatie de doelgroep voldoende bereikt wordt.

- **Combinatie van werking en effecten**

7. **Op welke manier vullen zorgverzekeraars het sturingsinstrument in, in hoeverre maken verzekerden daarvan gebruik en wat zijn de effecten van het sturingsinstrument?**

Hierbij wordt gekeken naar aspecten van toegankelijkheid, kwaliteit, bereikbaarheid, of het sturingsinstrument enkel bij goedkoopste zorg wordt ingezet of niet, vrije artskeuze, relatie tussen

---

<sup>11</sup> Bemoezing is een vorm van zorg die is bedoeld voor mensen met psychische, psychiatrische, lichamelijke, verslavings- en/of sociale problemen die niet zelf om hulp vragen. <http://nl.wikipedia.org/wiki/Bemoezing>.

wettelijke en aanvullende verzekering (d.w.z. is het een belemmering om van zorgverzekeraar te wisselen?), en de relatie tussen het vrijwillig en verplicht eigen risico.

Conform de onderzoeksopdracht hebben we voor deze eerste fase van de evaluatie (quick scan) geen nieuwe primaire gegevensbestanden verzameld, maar hebben we onze analyses gebaseerd op beschikbare literatuur en bestaande gegevensbestanden. Om de evaluatievragen op hoofdlijnen te beantwoorden hebben we de volgende activiteiten uitgevoerd:

- Desk research van bestaande bronnen;
- Globale analyses van de nationale trends in de zorgconsumptie om te beoordelen in hoeverre de gerealiseerde zorgconsumptie na invoering van het verplicht eigen risico afwijkt van de trendmatig verwachte zorgconsumptie (o.a. ten behoeve van het remgeldeffect). Tevens hebben we in kaart gebracht wat de mogelijke financiële effecten van een verplicht eigen risico op macroniveau zijn;
- Globale analyses van de uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico op basis van bestaande gegevensbronnen;
- Analyse van de resultaten van de vragen over het verplicht eigen risico aan het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL die in oktober 2009 zijn uitgezet;
- Kwalitatieve analyse van de mogelijke effecten van varianten van een systeem van eigen risico in de zorg op de omvang van financieringsverschuiving, het gedragseffect, en de mogelijke welvaarts- of gezondheidseffecten;
- Brainstormsessie om de kwalitatieve analyse van varianten op een verplicht eigen risico te bespreken;
- Interview met het Centraal Planbureau (CPB - Rudy Douven, Hein Mannaerts) en de Consumentenbond (Marjon Schoneveld, Cynthia Vogeler) over varianten op het verplicht eigen risico;
- Interview met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA – Jaap Lips, Harm Lieverdink) over informatie vanuit zorgverzekeraars over het verplicht eigen risico en het sturingsinstrument en de compensatieregeling en uitvoeringskosten;
- Interview met Zorgverzekeraars Nederland (ZN - Theo Hoppenbrouwers) betreffende het sturingsinstrument en de compensatieregeling;
- Interview met het CAK (Folkert de Waard) betreffende de uitvoeringskosten en de compensatieregeling;
- Telefonische interviews met Bemoeizorg Eindhoven en GGZ Oost Brabant over het effect van de invoering van het verplicht eigen risico op bemoeizorg.

## 2.4 Leeswijzer

In dit rapport beschrijven wij de bevindingen van de evaluatie naar het verplicht eigen risico op hoofdlijnen (fase 1: quick scan). In hoofdstuk 3 beschrijven we de effecten van het verplicht eigen risico (beantwoording deelvragen 1-2). In hoofdstuk 4 gaan we in op de randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten (deelvragen 3-4). Hoofdstuk 5 gaat in op de werking (uitvoering en uitvoeringskosten) van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling (deelvragen 5 en 6). Hoofdstuk 6 richt zich op een combinatie van werking en effecten, namelijk in hoeverre het sturingsinstrument wordt



gebruikt en hoe verzekeren hierop reageren (deelvraag 7). In het laatste hoofdstuk (hoofdstuk 7) beschrijven wij varianten op het huidige eigen risico aan de hand een aantal aspecten, zoals transparantie, gedragseffecten en de financieringsverschuiving van publiek naar privaat.



## 3 Effecten van het verplicht eigen risico

### 3.1 Achtergrond

Om inzicht te kunnen bieden in de gedrags- en financiële effecten (deelvraag 1 en 2) hebben wij de veranderingen in gebruik en kosten van zorg voor en na de invoering van het verplicht eigen risico in de zorgverzekering geanalyseerd.

In dit hoofdstuk worden de mogelijke gedragseffecten met behulp van een trendanalyse onderzocht. De analyse laat zien hoe het beroep op geneesmiddelen, hulpmiddelen, bemoezorg, SEH en hoe het verwijsgedrag van de huisarts<sup>12</sup> zich heeft ontwikkeld in de periode 2002 tot en met 2008. Mogelijk is hierbij sprake van een gedragseffect als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico. In deze fase van de evaluatie is het, door het ontbreken van gegevens op verzekerdeniveau over 2008, echter nog niet mogelijk om met betrekking tot het gedragseffect definitieve uitspraken te doen.

Naast de ontwikkeling van het zorggebruik gaan we eerst kort in op de verwachte kostenontwikkeling als gevolg van de invoering van het verplichte eigen risico in de zorgverzekering. Deze wordt ten eerste bepaald door het gedragseffect, waardoor de totale kosten van zorg mogelijk dalen. Daarnaast is sprake van een financieringsverschuiving van publiek naar privaat. Door het invoeren van het verplicht eigen risico verschuift immers een deel van de financiering voor de zorg naar de verzekerde (burger).

### 3.2 Financiële effecten van de regeling

Zoals we hierboven al hebben gesteld, bestaat het effect van een verplicht eigen risico uit de som van het gedragseffect en de financieringsverschuiving. We bediscussiëren kort de omvang van beide effecten.

#### *Gedragseffect*

Het gedragseffect onder het verplicht eigen risico zal naar verwachting hoger zijn dan dat van de no-claim teruggaveregeling. Redenen zijn dat in een no-claim regeling de verzekerde pas achteraf het gevolg van zijn zorggebruik ziet en dat de no-claimteruggave een positieve prikkel geeft in plaats van een negatieve prikkel die in het algemeen van een

---

<sup>12</sup> Het huisartsenbezoek zou kunnen stijgen daar waar mensen de huisarts consulteren in plaats van de spoedeisende hulp als gevolg van het verplicht eigen risico. Daarentegen zou het huisartsenbezoek ook kunnen dalen als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico wanneer verzekerden de perceptie hebben dat het bezoek aan de huisarts ook onder het verplicht eigen risico valt.

eigen betaling uitgaat. Beide dragen bij tot een geringere remmende werking dan in geval van het verplicht eigen risico.<sup>13</sup>

Bij de vormgeving van het verplicht eigen risico is ervan uitgegaan dat de omvang van het gedragseffect gelijk is aan dat van de no-claim teruggaveregeling. In 2004 heeft het CPB een inschatting gemaakt van het gedragseffect van een no-claim teruggaveregeling.<sup>14</sup> Er is toen uitgegaan van een gedragseffect van ongeveer tweederde van dat van een verplicht eigen risico. Onder andere naar aanleiding van de uitkomsten van de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling heeft het CPB in 2006 het gedragseffect naar beneden bijgesteld naar 150 miljoen euro.<sup>15</sup> Op basis hiervan heeft het CPB het jaarmaximum van het verplicht eigen risico bepaald op € 150 en voor een no-claim op € 250.

In 2008 heeft het CPB het gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw verder bijgesteld op basis van aanvullende berekeningen.<sup>16</sup> Hierbij is uitgegaan van meer gedetailleerde data over de verdeling van zorguitgaven over de verzekerden. Daarnaast is een andere functie voor de zorgvraag gehanteerd en is een meer gedetailleerd onderscheid gemaakt in de prijsgevoeligheid tussen de verschillende zorgvormen. In de eerdere berekeningen werd alleen een onderscheid gemaakt tussen klinische en niet-klinische zorg. De aanpassingen hebben er toe geleid dat beter rekening gehouden kan worden met het al dan niet opnemen van de huisarts onder het verplicht eigen risico. Hierdoor is het gedragseffect naar beneden bijgesteld van ongeveer € 150 miljoen naar € 60 tot € 90 miljoen (afhankelijk van veronderstellingen rond de zorgvraag).

Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat de inschatting van de prijsgevoeligheid van eigen betalingen gebaseerd is op uitkomsten van een analyse onder particulier verzekerden in 1996.<sup>17</sup> Deze analyse is dus uitgevoerd vóór de stelselherziening en op een groep verzekerden die in het algemeen beter geïnformeerd is. Hierdoor reageren zij mogelijk sterker op prijsprikkels. Voor deze groep zal het inkomenseffect echter een beperkte rol spelen. Ook zal naar verwachting het prijsbewustzijn onder alle verzekerden in de afgelopen 10 tot 15 jaar zijn toegenomen, onder andere door de omslag naar een systeem gebaseerd op meer vraagsturing. Het is niet aan te geven of dit per saldo leidt tot een onder- of een overschatting van het effect. Verder laat de analyse van het CPB (2008) zien dat de uitkomsten gevoelig zijn voor parametrische veronderstellingen ten aanzien van de zorgvraag.

Gerfin en Schellhorn (2005)<sup>18</sup> hebben het effect van eigen betalingen op het huisartsbezoek in de basisverzekering in Zwitserland onderzocht. Hierbij beperken zij het aantal veronderstellingen dat ze opleggen door gebruik te maken van niet-parametrische

---

<sup>13</sup> Kamerstukken II 2006-2007, 31 094, Wet Wijziging Zvw en WZT in verband met vervanging no-claimteruggave door verplicht eigen risico.

<sup>14</sup> CPB notitie, Het effect van invoering van eigen betalingen in de ZFW. Den Haag: Centraal Planbureau, 7 oktober 2004.

<sup>15</sup> Keuzes in kaart 2008-2011; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's. Den Haag: Centraal Planbureau, oktober 2006.

<sup>16</sup> CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, 25 april 2008.

<sup>17</sup> Van Vliet, R. (2004). Deductibles and Health Care Expenditures, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2, 283-305.

<sup>18</sup> Gerfin, M., Schellhorn, M. (2005). Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits - Swiss Evidence, IZA Discussion Paper No. 1616.

technieken. Zij vinden een negatief effect van eigen betalingen op het huisartsbezoek. De analyse laat zien dat de geobserveerde verandering van eigen betalingen op het zorggebruik wordt veroorzaakt door een verandering in gedrag en niet door een selectie effect. Dit is in lijn met de bevindingen voor Nederland.

#### *Financieringsverschuiving*

Een lager maximumbedrag van het eigen risico betekent dat de financieringsverschuiving lager zal zijn dan onder de no-claim teruggaveregeling. Bij een verplicht eigen risico van ongeveer € 250 kan € 2 miljard privaat worden gefinancierd, een vergelijkbaar bedrag als met de no-claim teruggaveregeling. De eindevaluatie van de no-claim teruggaveregeling gaat uit van een financieringsverschuiving van € 1,9 miljard.<sup>19</sup> De financieringsverschuiving bij een verplicht eigen risico van € 150 bedraagt ongeveer € 1,3 miljard. Door de invoering van het verplicht eigen risico daalt de gemiddelde zorgpremie. De gemiddelde eigen betaling stijgt met vrijwel hetzelfde bedrag. De invoering van het verplicht eigen risico heeft daarom vrijwel geen invloed op de hoogte van de zorgtoeslag.

### 3.3 Beroep op huisartsenzorg en huisartsverwijzingen naar specialisten

De huisarts speelt als poortwachter een specifieke rol binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Dit komt ook tot uiting in de wijze waarop de uitvoering van het verplicht eigen risico is vormgegeven. Hierbij is de huisarts uitgesloten van het verplicht eigen risico. Belangrijkste overweging hierbij is dat verzekerden, ingegeven door financiële overwegingen, zouden afzien van noodzakelijke zorg, wat op langere termijn kan leiden tot negatieve gezondheidseffecten en mogelijk hogere zorgkosten. Aan de andere kant heeft het uitsluiten van de huisarts als mogelijk bijeffect dat verzekerden bepaalde (kleinere) medische ingrepen liever laten verrichten door de huisarts dan door de medisch specialist.

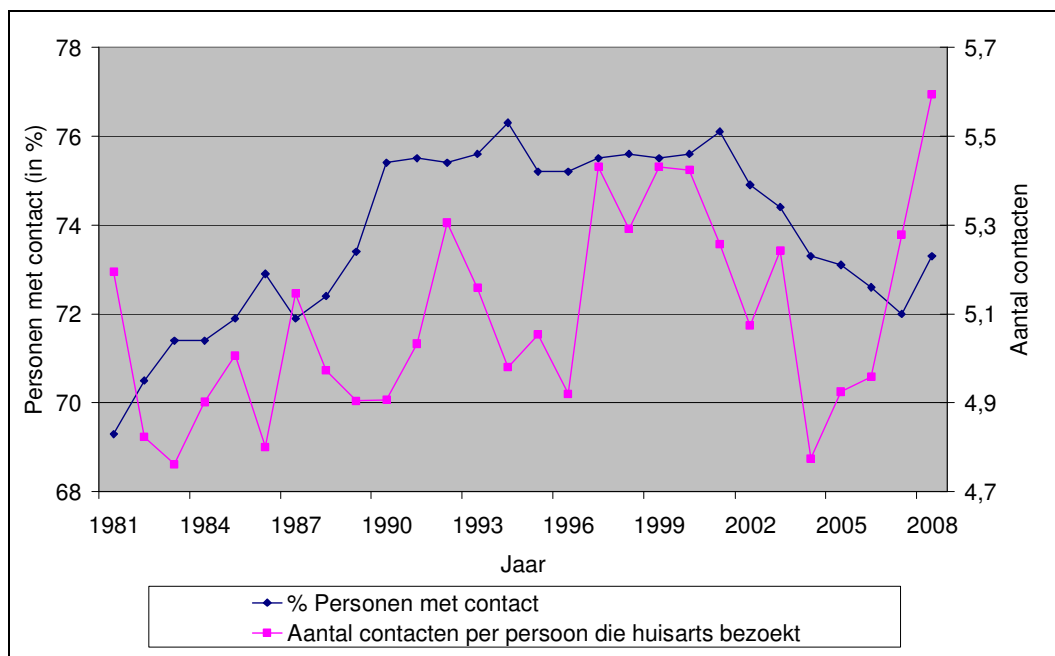
In deze paragraaf bekijken we hoe het beroep op de huisarts zich in de afgelopen jaren heeft ontwikkeld. Allereerst kijken we naar het huisartsbezoek in de periode sinds 1980. Vervolgens bekijken we naar het verwijsgedrag van de huisarts sinds 2002, omdat wij juist ten aanzien van het verwijsgedrag op voorhand het grootste gedragseffect verwachten.

---

<sup>19</sup> Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006.

## Beroep op de huisartsenzorg op lange termijn

Figuur 3.1 Ontwikkeling huisartsbezoek – percentage personen in de bevolking dat de huisarts bezoekt in een jaar en aantal contacten per persoon die een bezoek heeft gebracht aan de huisarts



Bron: CBS POLS enquête (bewerking ECORYS)

Figuur 3.1 weerspiegelt de ontwikkeling van het aandeel personen in de bevolking dat minstens één keer in een jaar contact heeft gehad met de huisarts. Onder contact met de huisarts vallen alle bezoeken aan een huisarts, visites van een huisarts en telefonische consulten. De figuur toont aan dat het aantal contacten met de huisarts toeneemt tot eind van de jaren negentig van de vorige eeuw en daarna (langzaam) afneemt. Het aantal bezoeken per persoon in een jaar lijkt toe te nemen. In 1980 bedroeg het gemiddelde aantal bezoeken ongeveer 4,9 per persoon. In 2008 is dit toegenomen tot 5,6 bezoeken per persoon.

Als we naar de ontwikkeling van het huisartsbezoek per leeftijdsgroep kijken valt op dat ouderen vaker de huisarts bezoeken dan jongeren. Daarnaast is het huisartsbezoek onder ouderen (leeftijd boven 65 jaar) constant gebleven sinds 1990. Dit wordt deels verklaard door de toenemende vergrijzing in de bevolking waardoor de gemiddelde leeftijd in deze groep is toegenomen. Voor de andere leeftijdsgroepen is sprake van een lichte afname van het aandeel personen dat de huisarts bezoekt. De frequentie van het huisartsbezoek is redelijk constant binnen leeftijdsgroepen. Ten slotte is er een verandering in de locatie van het bezoek. Het huisartsbezoek wordt steeds vaker afgehandeld in de vorm van een telefonisch contact, terwijl vooral het huisbezoek sterk is afgenomen.

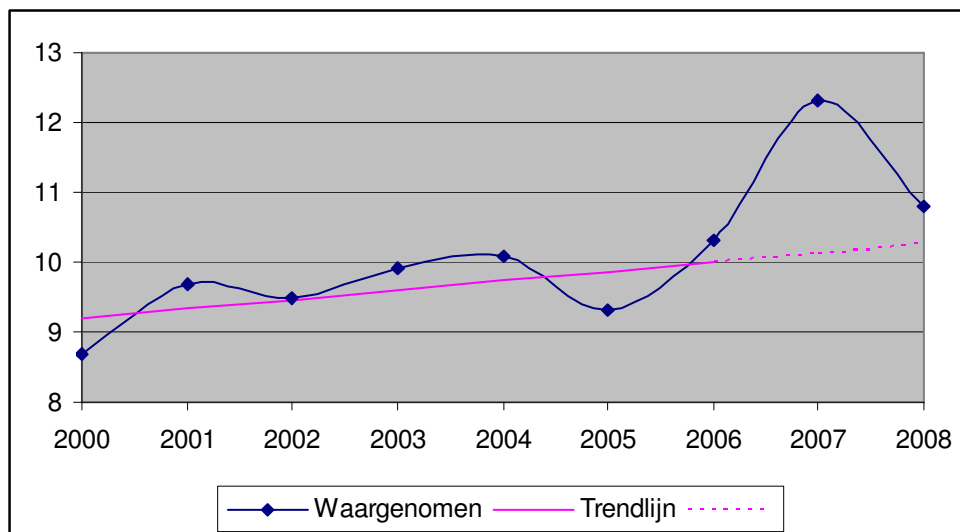
### Verwijzingen naar de specialist door de huisarts

De invoering van eerste de no-claim teruggaveregeling en later het verplicht eigen risico heeft mogelijk effect op de vraag naar huisartsenzorg. In het bijzonder verwachten we dat er een invloed kan zijn op het verwijsgedrag van huisartsen omdat zij uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico. In deze paragraaf bekijken we de ontwikkeling van het aandeel

personen dat is doorverwezen door de huisarts naar een specialist in de periode 2000 tot en met 2008.

De beoordeling van de effecten van eigen betalingen wordt bemoeilijkt doordat in 2006 een nieuwe financieringssystematiek is ingevoerd in de gezondheidszorg. Deze biedt voor zowel huisartsen als consumenten prikkels tot gedragsverandering. Aan de consumentenkant zal, in het bijzonder voor ex-particulier verzekerden, de financiële drempel om naar de huisarts te gaan verlaagd zijn. Dit zal mogelijk tot meer zorgvraag hebben geleid. Aan de aanbodkant geeft de verrichtingcomponent huisarts een financiële prikkel om het aantal consulten op te voeren, onder meer door minder vaak door te verwijzen naar de tweede lijn en meer zelf te doen. Ook de zogenaamde M&I verrichtingen bieden huisartsen een stimulans om meer te doen en minder door te verwijzen naar de specialist.<sup>20</sup>

Figuur 3.2 Percentage personen dat in twee maanden voor de enquête door de huisarts is verwezen naar een medisch specialist



Bron: CBS POLS enquête (bewerking ECORYS)

In bovenstaande figuur laten wij de ontwikkeling zien van het aantal verwijzingen door de huisarts naar een medisch specialist in de periode 2000 tot en met 2008.<sup>21</sup> Het aandeel personen dat door huisartsen in een periode van twee maanden voorafgaand aan de POLS enquête doorverwezen is naar een medisch specialist is vanaf 2000 (8,7%) gestegen met 3,6%-punt naar 12,3% in 2007. In de eerste twee jaar na de invoering van de Zvw in 2006 was sprake van een sterke toename van het aantal verwijzingen door huisartsen naar specialisten. Deze toename kan, evenals de stijging van het aantal consulten, veroorzaakt worden doordat voor ex-particulier verzekerden de financiële prikkel wegviel. Zij betaalden in het verleden het consult immers zelf. Bovendien is voor hen de prijs lager dan voor de stelselherziening. Het aantal zorgcontacten van particulier verzekerden is na

<sup>20</sup> NZa. Huisartsenzorg 2008. Analyse van het nieuwe bekostigingssysteem en de marktwerking in de huisartsenzorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, februari 2009.

<sup>21</sup> Om inzicht te verkrijgen in verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten is gebruik gemaakt van CBS gegevens. Het CBS vraagt Nederlanders jaarlijks in de POLS enquête over verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten.

invoering van de Zvw toegenomen met 2,2% terwijl dit onder voormalig ziekenfondspatiënten nagenoeg gelijk is gebleven.<sup>22</sup> In 2008 is het aantal verwijzingen afgenomen tot 10,8%. Mogelijk is substitutie van tweedelijnszorg naar eerstelijnszorg (in dit geval huisartsenzorg) hierbij een grotere rol gaan spelen. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat dit in het eerste jaar na invoering van de stelselherziening geen of slechts een bescheiden rol heeft gespeeld. In 2007 vinden zij wel een effect.<sup>23</sup>

Per saldo zien we dat na een toename van het aantal verwijzingen door huisartsen van 2005 tot en met 2007, het aantal verwijzingen in 2008 weer terug lijkt te keren naar het trendmatige niveau. Het is lastig vast te stellen in hoeverre sprake is van een effect van eigen betalingen op het verwijzgedrag van huisartsen doordat gelijktijdig een aantal veranderingen in de bekostigingssystematiek van huisartsen is doorgevoerd die het verwachte effect van eigen betalingen versterken of tegengaan.

### 3.4 Gebruik genees- en hulpmiddelen

In deze paragraaf analyseren we het gebruik van genees- en hulpmiddelen. De ontwikkeling in het genees- en hulpmiddeleengebruik is interessant omdat in de groepen waarvan wij verwachten dat zij het sterkst zullen reageren op een verplicht eigen risico, namelijk verzekerden met lage zorgkosten, het aandeel van genees- en hulpmiddelen in de totale kosten relatief hoog is.<sup>24</sup>

#### 3.4.1 Geneesmiddelen

Ten behoeve van de analyse van het geneesmiddelengebruik kijken we eerst naar het gebruik van geneesmiddelen op de langere termijn. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) registreert jaarlijks gegevens betreffende het gebruik van uitgeschreven of voorgeschreven geneesmiddelen.<sup>25</sup> Het aandeel personen dat gebruik maakt van geneesmiddelen op basis van een uitgeschreven recept is vanaf 1984 al jaren lang nagenoeg gelijk, tussen de 11% en 13%. Vanaf 2005 is er elk jaar een geleidelijke lichte stijging te zien, de jaren daarvoor (van 2001 tot 2005) daalde het gebruik geleidelijk.

<sup>22</sup> Brake, H. Te, Verheij, R., Abrahamse, H. & De Bakker, D. (2007). Bekostiging van de huisartsenzorg: vóór en na de stelselwijziging, monitor 2006. Utrecht: NIVEL.

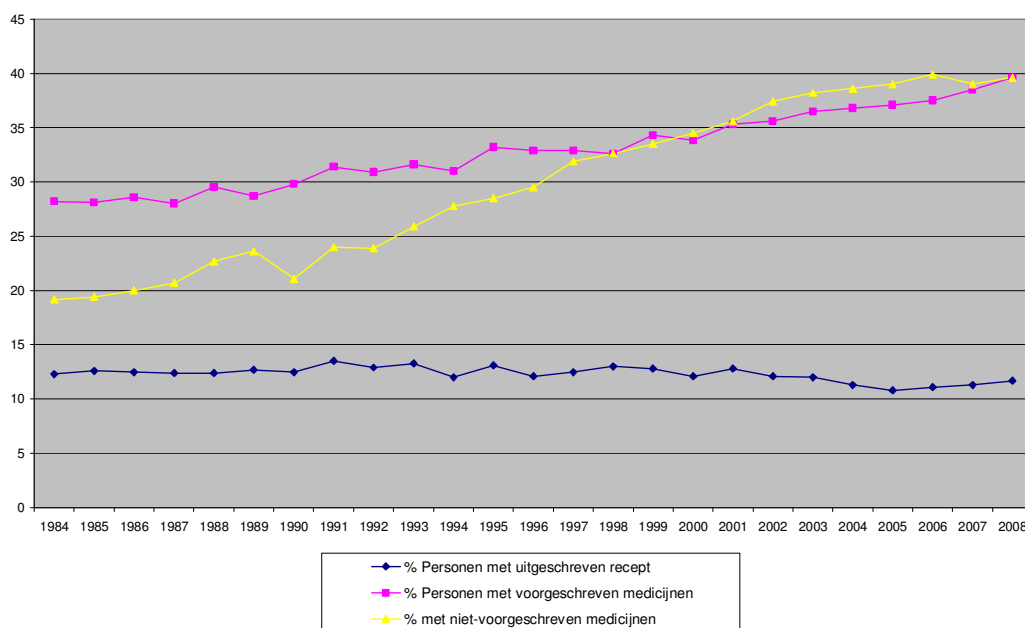
<sup>23</sup> Dijk, C.E. van, Verheij, R.A. & De Bakker, D.H. (2008). Bekostiging van de huisartsenzorg: Monitor 2006 en eerste halfjaar van 2007. Utrecht: NIVEL.

<sup>24</sup> CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, 25 april 2008.

<sup>25</sup> Het CBS registreert deze gegevens sinds 1981 in de gezondheidsenquête. Uitgeschreven medicijnen zijn door het CBS gedefinieerd als percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek een uitgeschreven recept heeft ontvangen. Recepten voor de anticonceptiepill en tijdens ziekenhuisopnamen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Voorgeschreven medicijnen zijn door het CBS gedefinieerd als percentage personen dat in de 14 dagen voorafgaand aan het vraaggesprek (een) voorgeschreven geneesmiddel(len) heeft gebruikt. Dit kunnen ook medicijnen zijn die al eerder waren voorgeschreven. De anticonceptiepill en geneesmiddelen tijdens ziekenhuisopnamen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Vanaf 1984 worden de vragen opgenomen met betrekking tot (niet) voorgeschreven recepten.



Figuur 3.3 Percentage personen met uitgeschreven, voorgeschreven en niet voorgeschreven (1984 – 2008)



Bron: CBS (bewerking ECORYS)

Het aandeel personen dat voorgeschreven geneesmiddelen gebruikt is vanaf 1984 van 28,2% gestegen naar 39,6% in 2008. Vanaf 2000 is het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen ieder jaar toegenomen, gemiddeld met 2,0%. In 2008 is het gebruik van dit type geneesmiddelen met 2,9% toegenomen. De stijging komt in alle leeftijdsgroepen voor. Ruim 80% van de personen van 65 jaar en ouder neemt receptgeneesmiddelen in. Verder slikt bijna 42% van de vrouwen een voorgeschreven geneesmiddel en ruim 35% van de mannen. Van de chronisch zieken geeft in 2005 bijna 90% aan een geneesmiddel op recept te gebruiken.<sup>26</sup>

Het percentage mensen dat gebruik maakt van een niet voorgeschreven medicijn is sinds 1984 sterk toegenomen - van minder dan 20% tot bijna 40%. Het lijkt niet waarschijnlijk dat de invoering van het verplicht eigen risico effect zal hebben gehad op het aantal mensen dat gebruik maakt van geneesmiddelen zonder voorschrift (zelfmedicatie). Immers, ongeacht het eigen risico dragen zij de kosten van het gebruik. Opvallend is dat de groei in 2008 lager is dan de jaarlijks gemiddelde groei van 1984 tot en met 2007 (2,3% versus 4,5%).

Het Genees- en hulpmiddelen Informatie Project (GIP) van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) beschikt over gegevens met betrekking tot het feitelijke medicijngebruik vanaf 2004.<sup>27</sup> Opvallend is de sterke toename van het aantal voorschriften in 2008 (zie tabel 3.1). Deze toename is licht geflatteerd omdat een deel van de toename volgens het SFK is toe te wijzen aan de invoering van een nieuw tariefstelsel per 1 juli 2008. Sindsdien mogen uitgiftes van geneesmiddelen in een

<sup>26</sup> [http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o8230n20626.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o8230n20626.html) .

<sup>27</sup> Het GIP publiceerde gegevens voor hulpmiddelen tot 2006 op basis van ca. 10 miljoen ziekenfonds verzekerden, vanaf 2006 publiceert het GIP cijfers van ca 16 miljoen verzekerden conform de Zorgverzekeringswet.

weekdoseersysteem ook iedere week in rekening worden gebracht. In het oude tariefstelsel werden uitgiftes via een weekdoseersysteem vanwege afspraken met verzekeraars veelal eens per twee weken gedeclareerd. Deze wijziging heeft geleid tot een toename van het aantal voorschriften. Het daadwerkelijke geneesmiddelengebruik is ook toegenomen, maar minder sterk dan de stijging van het aantal voorschriften doet vermoeden. De toename van het geneesmiddelengebruik is af te meten aan de toename van het aantal dagdoseringen. Uit een analyse op basis van het GIP blijkt dat de sterke stijging van het aantal dagdoseringen voor de helft is toe te schrijven aan de pakketmaatregel om de leeftijdsbeperking<sup>28</sup> voor vergoeding van de anticonceptiepil op te heffen.

Tabel 3.1 Geneesmiddelengebruik in voorschriften en standaard dagdoseringen (DDD)

	2004*	2005*	2006	2007	2008
Totale kosten (1= € 1 mln)	4.293	4.501	4.651	5.065	5.206
Aantal verzekerden	15.921.856	15.946.514	16.230.972	16.276.362	16.358.854
<b>Volume component (1=1000)</b>					
Voorschriften	133.742	139.205	139.573	149.478	171.365
Aantal voorschriften per verzekerde	8,4	8,7	8,6	9,2	10,5
DDD	6.261	6.573	6.943	7.211	8.115
DDD per verzekerde	0,39	0,41	0,43	0,44	0,50
<b>Prijsc component</b>					
Kosten per voorschrift (€)	32,10	32,33	33,32	33,89	30,38
Kosten per verzekerde (€)	270	282	287	311	318

\* 2004 – 2005 raming voor ziekenfonds- en particulier verzekerden

2006 – 2008 raming voor verzekerden volgens de zorgverzekeringswet

Bron: GIP 2008 (bewerking ECORYS)

De structurele groei van het geneesmiddelengebruik wordt door de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) toegeschreven aan diverse oorzaken:

- demografische factoren (bevolkingsgroei en vergrijzing);
- toenemend aantal chronisch gebruikers van geneesmiddelen;
- het toelaten van nieuwe middelen tot het wettelijk verzekerde geneesmiddelenpakket;
- verschuiving van zorg vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie.

De totale uitgaven aan geneesmiddelen zijn de afgelopen jaren blijven stijgen. Dit is enerzijds toe te schrijven aan de groei van het geneesmiddelengebruik, anderzijds blijkt dat ook de kosten per verzekerde zijn toegenomen. Dat komt omdat er (ondanks de invoering van het preferentiebeleid) steeds nieuwe en duurdere geneesmiddelen op de markt komen. Door de veelvormigheid van externe ontwikkelingen (preferentiebeleid, nieuw tariefstelsel, pakketmaatregelen, etc.) is het moeilijk te beoordelen in hoeverre de ontwikkeling van het geneesmiddelengebruik toe te schrijven is aan de invoering van het verplicht eigen risico in 2008. Op basis van deze analyse kunnen wij geen gedragseffect in het geneesmiddelengebruik aantonen.

<sup>28</sup> Sinds 2004 werd het gebruik van anticonceptie alleen nog vergoed voor vrouwen tot 21 jaar.

### 3.4.2 Hulpmiddelen

De trendcijfers over hulpmiddelen zijn eveneens afkomstig uit het GIP. De GIPdatabank is een verzameling gegevens over genees- en hulpmiddelen van het CVZ. De gepresenteerde cijfers hebben betrekking op de totale populatie die verzekerd is op grond van de Zvw.<sup>29</sup>

In tabel 3.2. worden de ontwikkelingen van het gebruik van hulpmiddelen en de gerelateerde uitgaven weergegeven vanaf 2004. De kosten van hulpmiddelen zijn in 2008 met 5% gestegen tot € 1,3 miljard. In 2007 deden ruim 2 miljoen mensen een beroep op hulpmiddelen, in 2008 waren dat er ruim 2,2 miljoen, een stijging van 8,5%. De totale uitgaven voor hulpmiddelen bedroegen bijna € 1,3 miljard, een stijging van 5% in 2008. De gemiddelde kosten per gebruiker liepen iets terug, hetzelfde geldt voor de gemiddelde kosten per declaratie. De gemiddelde kosten per verzekerde namen wel toe. Deze toename en de stijging van de totale uitgaven voor hulpmiddelenzorg in 2008 is vooral te vinden in een toename van het gebruik (volume).

Tabel 3.2 Hulpmiddelenzorg 2006 - 2008

	2004*	2005*	2006	2007	2008
Totale kosten (1= € 1 mln)	807	802	1.108	1.219	1.282
Aantal verzekerden	10.155.691	10.128.818	16.230.972	16.276.361	16.358.854
Volume component					
Gebruikers (1=1000)	1.317	1.315	1.941	2.070	2.246
Declaraties (1=1mln)	9,4	9,6	14,8	15,8	17,1
Declaraties per gebruiker	7,2	7,3	7,6	7,6	7,6
Declaraties per verzekerde	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Prijscomponent					
Kosten per gebruiker (€)	613	596	571	589	571
Kosten per declaratie (€)	85,64	83,81	75,05	76,96	75,18
Kosten per verzekerde (€)	79,46	79,19	68,29	74,87	78,37

\* 2004 – 2005 raming voor ziekenfondsverzekerden ruim 10 miljoen verzekerden

2006 – 2008 raming voor verzekerden volgens de zorgverzekeringswet ruim 16 miljoen verzekerden

Bron: GIP 2008 (bewerking ECORYS)

In 2006 is een aantal wijzigingen in het vergoedingspakket van verzekeraars opgetreden betreffende hulpmiddelen. Zo ging de vergoeding voor een kunstgebit uit het pakket en kwam er een vergoeding voor verbandmiddelen in het pakket. Deze pakketmaatregelen leidden tot lagere hulpmiddelenkosten per gebruiker en verzekerde in 2006. Zowel het aantal gebruikers van hulpmiddelen als het aantal afgehandelde declaraties (door zorgverzekeraars) is in 2007 met ongeveer 7% toegenomen, en in 2008 betrof de toename circa 8%. Per persoon is er geen toename in het gebruik. Het aantal declaraties per persoon is in 2008 ongeveer gelijk aan 2007 en 2006. Er is dus geen stijging in het gebruik op individueel niveau.

<sup>29</sup> zie [www.gipdatabank.nl](http://www.gipdatabank.nl) De cijfers van 2008 zijn voorlopig, omdat nog niet alle gegevens van alle zorgverzekeraars over heel 2008 bekend zijn.

Voor wat betreft de prijscomponent blijkt dat de kosten per gebruiker en de kosten per declaratie in 2008 iets lager uitkomen dan in 2007. Dit zou een gevolg van het verplicht eigen risico kunnen zijn, maar volgens de SFK duidt het er op dat zorgverzekeraars scherpere prijsafspraken van hulpmiddelen hebben gerealiseerd bij leveranciers.<sup>30</sup> Het aandeel van beide effecten is niet goed te onderscheiden, hoewel het effect van prijsafspraken op de kosten groter lijkt te zijn dan het effect van het verplicht eigen risico, mede omdat het aantal declaraties per gebruiker gelijk is gebleven. Opvallend is dat het hulpmiddelengebruik op verzekerdeniveau constant is gebleven. Mogelijk heeft een toegenomen prijsbewustzijn als gevolg van de invoering van eigen betalingen hierbij een rol gespeeld.

### 3.5 Spoedeisende hulp en bemoeizorg

#### *Spoedeisende hulp*

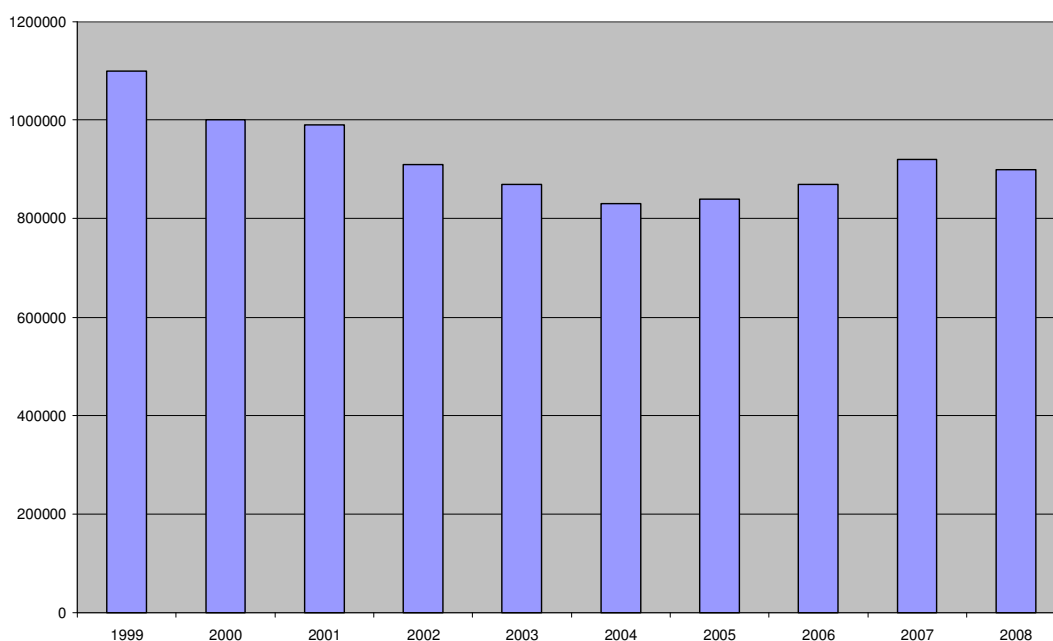
Per saldo is er sprake van een daling in het gebruik van SEH in 2008 na een stijging gedurende een aantal jaren. Het aantal behandelingen als gevolg van letsel, ongeval of automutilatie is in 2008 (90.000) licht afgenomen ten opzichte van 2007 (92.000).<sup>31</sup> Ten opzichte van 2005 en 2006 is het aantal behandelingen in 2008 echter hoger (namelijk 87.000 in 2006 en 84.000 in 2005). Volgens Consument en Veiligheid zijn er veel factoren van invloed op het aantal SEH-behandelingen, zoals richtlijnen en de economische conjunctuur. Deze factoren kunnen een verschillend effect hebben. Een uitspraak over het effect van het instellen van het eigen risico op het aantal SEH-behandelingen kan daarom niet worden gedaan.

---

<sup>30</sup> SFK. Data en feiten 2009. Den Haag: Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2009.

<sup>31</sup> Cijfers betreffende het beroep op spoedeisende hulp zijn afkomstig uit het Letsel Informatie Systeem (LIS) van Consument en Veiligheid. In het LIS staan slachtoffers geregistreerd die na een ongeval, geweld of automutilatie zijn behandeld op een Spoedeisende Hulp (SEH) afdeling van een selectie van ziekenhuizen in Nederland. Deze ziekenhuizen vormen een representatieve steekproef van ziekenhuizen in Nederland met een continu bezette SEH-afdeling. Dit maakt een schatting van cijfers op nationaal niveau mogelijk.

Figuur 3.4 Jaarlijks aantal SEH-behandelingen in verband met letsel, ongeval of automutilatie



Bron: Letsel informatie systeem 1999 – 2008

### *Bemoeizorg*

Bemoeizorg richt zich voornamelijk op de zogenaamde zorgwekkende zorgmijders. Het zou niet wenselijk zijn als mensen die zorg vermijden het verplicht eigen risico als argument aangrijpen om zorg te weerhouden. Bemoeizorg wordt daarom geborgd buiten de formele zorg. Gemeenten financieren bemoeizorg vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bemoeizorg leidt wel tot (formele) zorg. In het kader van deze evaluatie zijn telefonische interviews afgenomen bij Bemoeizorg Eindhoven en GGZ Oost Brabant over het effect van de invoering van het verplicht eigen risico op bemoeizorg. Vertegenwoordigers van deze instanties hebben niet vernomen dat er verzekerden zijn geweest die het verplicht eigen risico hebben genoemd als reden om de overgang naar (formele) zorg te mijden.

## 3.6 Effecten van het verplicht eigen risico op zorggebruik: bevindingen van het Consumentenpanel NIVEL

In oktober 2009 is een enquête gehouden onder het Consumentenpanel van het NIVEL. De respons is 67,7% (N= 1056). Hierbij zijn onder andere vragen gesteld over de effecten van het eigen risico op het zorggebruik. Zo werd aan verzekerden gevraagd of zij door het verplicht eigen risico minder gebruik hebben gemaakt van medische zorg. Slechts 5,4% geeft aan in 2009 inderdaad minder medische zorg te hebben gebruikt doordat een deel van de kosten voor eigen rekening kwam (N=56). Opmerkelijk genoeg volgt als antwoord op de vraag *op welke manier* zij minder gebruik van zorg hebben gemaakt, dat zij minder vaak naar de huisarts gaan.

Dat deze verzekerden aangeven minder gebruik van de huisarts te maken zou kunnen komen door een gebrek aan kennis van de verzekerden. Van de verzekerden die minder vaak naar de huisarts zijn gegaan denkt ruim een kwart (28%) dat deze zorg valt onder het verplicht eigen risico.

### 3.7 Samenvatting

In dit hoofdstuk is gezocht naar trends in het gebruik en kosten van zorg en trendbreuken die optreden als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico in de zorgverzekering. Op basis van ontwikkelingen in het gebruik van genees- en hulpmiddelen, het beroep op spoedeisende hulp, het huisartsenbezoek en verwijzingen van huisartsen naar medisch specialisten is het alleen mogelijk op hoofdlijnen inzicht te krijgen in de ontwikkeling van het gebruik. Het zorggebruik wordt bepaald door vele andere factoren, zoals pakketmaatregelen van verzekeraars, bevolkingsgroei, vergrijzing en de poortwachterfunctie van de huisarts. Deze aspecten zijn bovendien sterk in ontwikkeling de afgelopen jaren. Daarom is het op basis van deze analyse niet mogelijk vast te stellen of er een gedragseffect uitgaat van het verplicht eigen risico. Ook bij de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling is geen aantoonbaar gedragseffect van de regeling gevonden. Een gedragseffect van het verplicht eigen risico is echter ook niet uitgesloten. Wellicht was de stijging van het zorggebruik nog groter geweest zonder het instellen van een verplicht eigen risico.

Om de exacte omvang van het remgeldeffect te kunnen bepalen wordt in fase 2 van de evaluatie de ontwikkeling van het zorggebruik op het niveau van verzekerden geanalyseerd. Via deze verdiepingsslag kunnen wij onder meer nagaan bij welke categorie verzekerden en bij welke categorie verstrekkingen het verplicht eigen risico de meeste invloed uitoefent op de zorgconsumptie en de zorgkosten.

## 4 Randvoorwaarden voor het optreden van de beoogde effecten

### 4.1 Achtergrond

Informatievoorziening aan verzekerden is van groot belang om de beoogde effecten van het verplicht eigen risico te bewerkstelligen. Hierbij is het onder andere belangrijk dat verzekerden bekend zijn met het verplicht eigen risico, vrijwillige risico en de mogelijkheid om kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (sturingsinstrument). Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn wat de werkingssfeer en de financiële gevolgen van de verschillende vormen van het eigen risico zijn.<sup>32</sup>

### 4.2 Informatievoorziening door zorgverzekeraars

In het belang van de consument moet informatieverstrekking door zorgverzekeraars juist en volledig zijn. Zo moeten consumenten kunnen nagaan hoe hoog het verplicht eigen risico is en welke zorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Wanneer verzekerden in aanmerking komen voor compensatie van het verplicht eigen risico moeten zij dit eenvoudig kunnen achterhalen.

Uit een onderzoek door Intomart in 2009 onder zorgverzekerden tussen 18 en 70 jaar blijkt dat de website van hun zorgverzekeraar de meest gebruikte informatiebron (85%, N=497) is om informatie over de zorgverzekering te achterhalen. Deze bron wordt gemiddeld drie keer per jaar geraadpleegd, en dan vooral voor het dekkingsoverzicht, het declaratieformulier en de hoogte van premies.

Uit de modelovereenkomst moet blijken voor welke verzekerden het verplicht eigen risico geldt, hoe hoog dit is en welke zorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico. Uit de monitor Eigen Risico van de NZa blijkt dat voor het polisjaar 2008 de bepalingen over het verplicht (en vrijwillig) eigen risico in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars in overeenstemming zijn met wet- en regelgeving. Tevens geven bijna alle zorgverzekeraars informatie over het verplicht eigen risico in hun informatiepakketten.<sup>33</sup> Daarnaast verstrekken alle zorgverzekeraars informatie hierover

---

<sup>32</sup> [http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief\\_minister\\_van\\_volksgezondheid/f=y.pdf](http://www.eerstekamer.nl/behandeling/20050412/brief_minister_van_volksgezondheid/f=y.pdf), NZa. Monitor, Eigen risico. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juli 2008.

<sup>33</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 20.

op hun websites. Uit het onderzoek van Intomart bleek dat slechts in 12% van de gevallen de website van de zorgverzekeraar werd bezocht voor informatie over het eigen risico.<sup>34</sup>

#### *Transparantie van de informatieverstrekking over het verplicht eigen risico*

De transparantie (in termen van beschikbaarheid, volledigheid en juistheid) van de informatieverstrekking door zorgverzekeraars wordt jaarlijks onderzocht door de NZa. In 2008 is bekeken of de informatiepakketten en websites van zorgverzekeraars voldoende informatie geven over de volgende punten:

- De hoogte van het verplicht eigen risico. Na het verplicht eigen risico gaat een eventueel vrijwillig eigen risico in;
- Het bestaan van een compensatie voor verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten (bijvoorbeeld in het geval van chronische ziekte);
- Uitzonderingen van het verplicht eigen risico: huisartsbezoek, zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed. Duidelijkheid moet tevens geboden worden of deze uitzonderingen ook gelden voor het vrijwillig eigen risico;
- Wanneer de nota door de zorgaanbieder rechtstreeks naar de verzekeraar gestuurd wordt, ontvangt de verzekerde een nota van de verzekeraar voor het verplicht eigen risico. Wanneer de verzekerde de nota zelf betaald heeft, krijgt de verzekerde van de verzekeraar slechts een restitutie voor een gedeelte van de nota.

De informatie in de informatiepakketten en op de websites is doorgaans juist (bij 26 van de 29 verzekeraars; voor drie verzekeraars is het niet ingevuld of de informatie correct is). Bij 19 van de 29 verzekeraars is de informatie niet volledig. In meer dan de helft van de gevallen ontbreekt informatie over de betalingswijze van het verplicht eigen risico aan de zorgverzekeraar. Veelal is informatie over dit punt in zijn geheel niet beschikbaar. In enkele gevallen is de informatie onvolledig, of komt de informatie alleen bij de veelgestelde vragen op de website terug.

Transparantie van de beschikbare informatie op websites van zorgverzekeraars schiet in maar liefst 18 gevallen tekort op het punt van informatievoorziening over de compensatieregeling. De informatie hierover is helemaal niet aanwezig op de website, of alleen bij de veelgestelde vragen terug te vinden. Wel verwijzen vrijwel alle zorgverzekeraars op hun website daarvoor naar het CAK.

In één geval is er geen informatie beschikbaar over bepaalde vormen van zorg die uitgesloten zijn van het verplicht eigen risico, en of dit ook voor het vrijwillig eigen risico geldt. Ook is het in een enkel geval zo dat de website tekortschiet in de informatievoorziening over het ingaan van een eventueel vrijwillig eigen risico na het verplicht eigen risico.

Acht zorgverzekeraars werden op de punten beschikbaarheid, betrouwbaarheid (bestaande uit volledigheid en juistheid) en begrijpelijkheid van informatie positief gewaardeerd.

Voor 2009 hebben verzekeraars op basis van een zelfevaluatie aangegeven in hoeverre zij via hun website voldoende informatie bieden voor wat betreft bovengenoemde punten

---

<sup>34</sup> Gebaseerd op Intomart GfK online consumentenpanel. Carolien Babonnick-van Ees. Monitor marktwerking Zorg. augustus 2009.



(richtsnoer NZa). Van de 28 verzekeraars geven 17 verzekeraars aan dat zij hieraan voldoen. Zeven verzekeraars voldoen weliswaar aan de informatievoorziening over de hoogte van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling, maar voorzien niet allen in informatie over de werkingssfeer en/of het restitutiebeleid bij eigen betaling van zorg. Alle verzekeraars geven aan dit in 2010 (en in sommige gevallen nog in 2009) in orde te zullen maken. Daarom heeft de NZa op dit moment geen verdere acties ondernomen. Omdat dit de eerste keer is dat verzekeraars met een zelfevaluatie hebben gewerkt, zal de NZa naar aanleiding hiervan nog geen handhavende maatregelen treffen. Wel heeft de NZa uitdrukkelijk aan de verzekeraars laten weten dat dit volgend jaar wel tot de mogelijkheden behoort.

#### *Informatievoorziening voor het sturingsinstrument*

Zorgverzekeraars kunnen ervoor kiezen om de kosten van zorggebruik niet ten laste te brengen van het eigen risico (zie voor meer informatie hoofdstuk 6). Dit geldt voor zowel het verplicht als het vrijwillig eigen risico. Voor een verzekerde moet inzichtelijk zijn hoe de verschillende vormen van het eigen risico en het sturingsinstrument elkaar beïnvloeden.

Bij de informatievoorziening dient de zorgverzekeraar duidelijk te maken of gebruik wordt gemaakt van het sturingsinstrument en zo ja, voor welke zorgvormen het geldt, welke aanbieders als voorkeuraanbieders zijn aangewezen en of dit ook geldt voor het vrijwillig eigen risico.<sup>35</sup>

Achttien van de 30 verzekeraars geven aan dat zij in 2009 mogelijk het sturingsinstrument in zullen zetten. Zeven van de verzekeraars bieden hierover informatie op hun website. Het is daarbij overigens onduidelijk of de informatie juist en duidelijk is en of de verzekerde inzicht heeft in hoe de verschillende vormen van het eigen risico elkaar beïnvloeden.

Samenvattend kunnen we concluderen dat de bepalingen over het verplicht (en vrijwillig) eigen risico in de modelovereenkomsten van de zorgverzekeraars in overeenstemming zijn met wet- en regelgeving. Bijna alle zorgverzekeraars geven informatie over het verplicht eigen risico in hun informatiepakketten en websites. De transparantie (vooral in termen van beschikbaarheid en volledigheid) van informatie kan nog worden verbeterd. Het is onduidelijk in hoeverre zorgverzekeraars voldoende en correcte informatie bieden over de inzet van het sturingsinstrument. Zorgverzekeraars geven aan dat ze moeite hebben met het uitleggen van het contracteringsbeleid in de richting van de consument (zie hoofdstuk 6).

---

<sup>35</sup> NZa. Richtsnoer informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, september 2009. zie [http://www.nza.nl/7113/10118/84814/Richtsnoer\\_Informatieverstrekking\\_Ziektekostenverzekeraars\\_en\\_volmachten\\_2009\\_definitief\\_WEB.pdf](http://www.nza.nl/7113/10118/84814/Richtsnoer_Informatieverstrekking_Ziektekostenverzekeraars_en_volmachten_2009_definitief_WEB.pdf)

### 4.3 Verzekerden en het verplicht eigen risico

Uit de Consumentenmonitor 2009 van het Centrum voor Verzekeringsstatistiek, dat sinds 2003 jaarlijks de mening van de consument (N= 1037 personen van 18-79 jaar) toetst over zekerheid en vertrouwen in de verzekeringsbranche, blijkt dat 17% van de consumenten duidelijkheid over het verplicht eigen risico of eigen betalingen het belangrijkste kenmerk van verzekeraars vindt (maximaal 3 antwoorden mogelijk).<sup>36</sup>

Kennis van het bestaan en de werking van het verplicht eigen risico vormt een randvoorwaarde voor de invloed op gedrag, waaronder de mate van zorggebruik. De vraag is in hoeverre verzekerden bekend zijn met het verplicht eigen risico (bestaan en werkingssfeer). Hieronder beschrijven wij de resultaten van verschillende recente onderzoeken met betrekking tot de bekendheid van verzekerden met het verplicht eigen risico en de compensatieregeling.

#### *Bekendheid met het verplicht eigen risico*

De NZa heeft voor de Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2008 een enquête onder verzekerden (N=2300) uitgezet, waarin de volgende stelling werd voorgelegd: 'Per 1 januari 2008 is een verplicht eigen risico ingevoerd van € 150'. Uit de enquête bleek 58% van de respondenten hier niet van op de hoogte. De informatieverstrekking via zorgverzekeraars en andere kanalen (Ministerie van VWS; media) aan verzekerden had hen blijkbaar in grote mate niet bereikt.<sup>37</sup>

Uit een recenter onderzoek (oktober 2009) onder het Consumentenpanel van het NIVEL (N=1065) blijkt dat ruim 95% van de verzekerden op de hoogte is van het verplicht eigen risico. Zij zijn doorgaans (87%) via hun zorgverzekeraar geïnformeerd, 32% is via krant of tijdschrift geïnformeerd over het verplicht eigen risico, bijna 30% via radio of televisie en 5% via de overheid (meerdere antwoorden mogelijk).

Waar een groot aantal verzekerden van het bestaan van het verplicht eigen risico weet, heeft slechts 6,3% gedegen kennis van de werkingssfeer van het verplicht eigen risico (11 van de 12 zorgvormen correct benoemd). Het is opmerkelijk dat verzekerden onder de no-claim teruggaveregeling beter op de hoogte waren van de zorgvormen die hieronder vielen, terwijl die niet veranderd zijn ten opzichte van de huidige regeling. Verzekerden zijn doorgaans dus niet goed op de hoogte van welke zorg onder het verplicht eigen risico valt. Wel weet 74% van de verzekerden dat huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico valt.<sup>38</sup>

De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) heeft in 2009 onderzoek gedaan naar spoedzorg, waarbij ook vragen zijn gesteld over het verplicht eigen risico.<sup>39</sup> Van de respondenten (N=2577) denkt 15% onterecht dat er een verplicht eigen risico geldt voor de huisarts. Een nog groter percentage denkt dat het verplicht eigen risico geldt

<sup>36</sup> Verzekerd! (nieuwsuitgave van het Verbond van Verzekeraars) (2009). "Klant wil niet worden verrast!". Jaargang 7, 1 oktober 2009.

<sup>37</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 20.

<sup>38</sup> Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

<sup>39</sup> Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie. Meldactie Spoedzorg. Utrecht: NPCF, juli 2009, p. 3-5, 10.

voor de huisartsenpost (20%). Een groot deel van de respondenten weet dat er geen eigen risico geldt voor de huisarts (70%). Dit geldt in veel mindere mate voor de huisartsenpost; slechts 48% van de respondenten weet dat hiervoor geen verplicht eigen risico geldt. 16% van de respondenten kon niet vertellen of het verplicht eigen risico voor de huisarts geldt. Ook hier is het percentage voor de huisartsenpost hoger; 32% van de respondenten wist het in het geval van de huisartsenpost niet. Deze resultaten komen overeen met die van het NIVEL Consumentenpanel (oktober 2009): 47% van de verzekerden denkt dat de huisartsenpost onder het verplicht eigen risico valt.

Onduidelijkheid over of er een verplicht eigen risico geldt voor SEH en de ambulance is groter. Van de respondenten weet 38% niet of het verplicht eigen risico geldt voor de SEH, en 41% van de respondenten weet dit niet voor de ambulance. Slechts 38% van de respondenten weet dat de SEH wel onder het eigen risico valt, tegenover 35% van de respondenten die dit voor de ambulance weet. 24% van de respondenten menen onterecht dat er voor de SEH geen verplicht eigen risico geldt. Voor de ambulance geldt dit in 23% van de gevallen. Gevolg hiervan is dat veel mensen onverwacht moeten betalen nadat ze geholpen zijn op de SEH of na hulp van een ambulance. Van het NIVEL Consumentenpanel (oktober 2009) denkt 55% ten onrechte dat SEH niet binnen het verplicht eigen risico valt.

Op de vraag of het verplicht eigen risico de keuze beïnvloedt, geeft slechts 7% van de deelnemers een positief antwoord. 8% geeft aan dat dit in sommige gevallen de keuze kan beïnvloeden. 80% van de deelnemers geeft aan dat het verplicht eigen risico geen invloed heeft op de keuze voor spoedzorg.

#### *Kennis over de compensatieregeling van het verplicht eigen risico*

Doel van de CER is het compenseren van mensen met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Een groot deel van de mensen krijgt de compensatie automatisch. Daarnaast kunnen mensen, die niet vanzelf compensatie ontvangen maar wel denken dat ze daar recht op hebben, een aanvraag indienen. Omdat gebleken is dat er sprake is van onvolledige farmaciebestanden en het ontbreken van NAW-gegevens, kan – wanneer de rechthebbende niet van de compensatieregeling weet en hem daarom niet aanvraagt – het leiden tot ondergebruik van de regeling.

Uit recent onderzoek van het NIVEL<sup>40</sup> blijkt dat ruim tweederde van de algemene bevolking (Consumentenpanel Gezondheidszorg) en iets meer dan de helft van de chronisch zieken en gehandicapten (Nationaal Panel Chronisch zieken en Gehandicapten) niet weet wat de compensatie van het eigen risico inhoudt, of wanneer men er recht op heeft. Ook wordt geconstateerd dat een groep mensen die niet over informatie over de compensatieregeling beschikt, wel recht op deze compensatie meent te hebben.

Uit het bovenstaande blijkt dat een aanzienlijk percentage van de verzekerden niet op de hoogte is van het verplicht eigen risico (hoogte en werking). Dit geldt eveneens voor de compensatieregeling. Dit betekent dat hoewel informatie over de regeling wel te vinden is, het nodig is dat mensen geïnformeerd worden over het bestaan van de regeling,

---

<sup>40</sup> Reitsma-van Rooijen, M., De Jong, J. (2009). Compensatie eigen risico is nog onbekend. Utrecht: NIVEL.

aangezien ze geen informatie gaan zoeken als ze niet van het bestaan van de regeling weten.

De regeling is gebaseerd op automatische selectie van rechthebbenden op basis van een aantal criteria en veronderstelt dus geen actie om de compensatie te ontvangen. In de praktijk geldt voor een zeer kleine groep van rechthebbenden dat zij geen compensatie ontvangt als zij dit niet zelf bij het CAK aanvraagt. Een effect van het informatietekort bij verzekerden is dat mensen ten onrechte een compensatie aanvragen. Dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, is af te lezen uit het grote aantal afwijzingen door het CAK. De uitvoeringslasten van het CAK nemen hierdoor toe (zie voor meer informatie hoofdstuk 5).

#### 4.4 Huisartsen en het verplicht eigen risico

Naast informatievoorziening voor verzekerden, kan ook de huisarts als poortwachter van de zorg invloed hebben op effecten van het verplicht eigen risico. Huisartsenzorg valt buiten het verplicht eigen risico, maar vrijwel iedere verwijzing of recept van diezelfde huisarts valt weer wel onder het verplicht eigen risico. Daarom is het van belang inzichtelijk te maken of huisartsen bekend zijn met het eigen risico en of zij in hun verwijs- en/of voorschrijfgedrag rekening houden met eventuele financiële gevolgen voor de patiënt. Tevens is het van belang om na te gaan of huisartsen ervaringen hebben met patiënten die vanwege het eigen risico regeling om een goedkoper geneesmiddel vragen of niet doorverwezen willen worden.

##### *Invloed van het verplicht eigen risico op verwijsgedrag*

Vlak na de invoering van de Zvw heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) een vragenlijst uitgezet onder artsen (N=1113).<sup>41</sup> Van hen zegt de helft *geen* patiënten te hebben die om financiële redenen (zoals no-claim, eigen risico of eigen bijdrage) ervoor kiezen zich niet te laten doorverwijzen. Een kwart van de respondenten weet niet of hun patiënten dergelijke motieven hebben om zich niet te laten doorverwijzen. De overige 25% (N=287, waarvan 35% huisartsen, 16% medisch specialisten) van de respondenten geeft aan dat er patiënten zijn die zich vanwege genoemde financiële redenen niet laten doorverwijzen (bij 60% van deze gevallen gaat om minder dan 5 patiënten, bij 26% om 6-15 patiënten, bij 6% om 16-25 patiënten en bij bijna 10% om meer dan 25 patiënten).<sup>42</sup>

##### *Invloed van het verplicht eigen risico op voorschrijfgedrag*

Marktonderzoeksbureau Marintel laat zien dat 85% van de huisartsen ondanks het eigen risico geneesmiddelen voorschrijven die hen het beste lijken, zonder daarbij rekening te houden met de prijs. Een meerderheid van de huisartsen is op de hoogte van verschillen tussen zorgverzekeraars wat betreft vergoedingen die verstrekt worden. Meer dan 80% van de huisartsen maakt mee dat voorgeschreven zorg aan patiënten niet vergoed wordt

<sup>41</sup> Van de ondervraagden is 46% huisarts, 41% medisch specialist, 9% sociaalgeneeskundige en 4% verpleeghuisarts of arts verstandelijk gehandicapt. De vragenlijst is uitgezet in de districten Spaarne & Amstel, Den Haag, Zeeland, Limburg en Groningen.

<sup>42</sup> Van Wijlick, E.H.J. & De Rond, M.E.J. (2006). KNMG-monitor Zorgverzekeringswet in de districten Spaarne & Amstel, Den Haag, Zeeland, Limburg en Groningen. Utrecht: KNMG.

door de verzekeraar (dit betreft 9% van alle voorschrijvingen, vooral bij psychische problemen).<sup>43</sup>

In een brief in Medisch Contact<sup>44</sup> wordt gesteld dat huisartsenposten patiënten met hechtwonden die zich telefonisch melden veelal doorverwijzen naar de SEH. Patiënten verliezen hierdoor hun eigen risico, terwijl de huisarts het zelf heel goed zou moeten kunnen. De brieven-schrijver, zelf huisarts in opleiding, vraagt zich af of er over het verlies van het eigen risico wel nagedacht wordt.

In de beschikbare literatuur is weinig beschreven over de bekendheid van de huisarts met het verplicht eigen risico. Echter, de beschikbare gegevens lijken erop te duiden dat huisartsen geen rekening houden met het bestaan van het verplicht eigen risico in hun voorschrijf- of verwijsgedrag. Uit de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling blijkt dat in 2006 56% van de huisartsen tamelijk nauwkeurig weet op welke zorg de no-claim teruggaveregeling van toepassing is. Hoewel een grote meerderheid van de huisartsen (69%) aangeeft dat de no-claim teruggaveregeling de zorgconsumptie niet remt en dat het geen effect heeft op huisartsencontacten, geeft ongeveer 30% aan dat ze rekening houden met de no-claim teruggave of het vrijwillig eigen risico in hun behandelgedrag, meestal op verzoek van hun cliënten (in achterstandswijken en de vier grote steden wordt er relatief vaak op eigen initiatief rekening mee gehouden). Ook denkt 24% van de huisartsen dat de no-claim teruggaveregeling leidt tot uitstel of afstel van zorg die wel zou moeten worden ingeroepen vanuit zorginhoudelijk oogpunt.

Om beter inzicht te verwerven in de vraag in hoeverre huisartsen bekend zijn met het verplicht eigen risico en in de vraag of zij rekening houden met financiële gevolgen voor patiënten bij hun verwijs- en voorschrijfgedrag, wordt in de tweede fase van de evaluatie een vragenlijst en eventueel aanvullende interviews onder huisartsen uitgezet (in afstemming met de beroepsvereniging).

---

<sup>43</sup> Marintel (2008). Zie <http://www.marintel.nl/index.php?option=content&task=view&id=135>.

<sup>44</sup> Medisch Contact. Brief Martijn Sijbom – Huisartsen kunnen niet meer hechten. (4) 21 januari 2009, p.168.



## 5 Uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling

### 5.1 Achtergrond

Het verplicht eigen risico beoogt mensen te stimuleren om afgewogen gebruik te maken van medische voorzieningen en een bepaalde private bijdrage daaraan te leveren. Om te voorkomen dat mensen afzien van noodzakelijke zorg is als beschermingsmechanisme een compensatieregeling in het leven geroepen. Om een oordeel te kunnen geven over de werking van het eigen risico is het nodig dat de uitvoering van zowel het verplicht eigen risico als de compensatieregeling zorgvuldig verloopt.

### 5.2 Algemene uitvoeringskosten van het verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is een variant van eigen betalingen waar verzekeraars al ervaring mee hebben. Al voordat de no-claim werd vervangen door het verplicht eigen risico was er immers sprake van een systeem met een vrijwillig eigen risico en ook in de voormalige particuliere verzekeringen was veelvuldig sprake van (significante) eigen risicobedragen. Bekendheid met de regeling zou effecten kunnen hebben op de uitvoeringskosten bij verzekeraars.

De structurele kosten van het verplicht eigen risico bestaan voornamelijk uit algemene informatieverstrekking, via bijvoorbeeld de website of polis, het versturen van specificaties en nota's, uit contacten met klanten die vragen hebben en uit incassotrajecten. De uitvoeringslast wordt vooral bepaald door het aantal keer dat met verzekerden moet worden gecommuniceerd over rekeningen van zorgconsumptie en de 'vulling' van het eigen risico. Zorgverzekeraars blijken hierover minimaal twee keer per jaar een bericht aan verzekerden te sturen. Daarnaast leveren inning en inningrisico's uitvoeringslasten op voor verzekeraars.

Bij de invoering van de no-claim teruggaveregeling is een bedrag geraamd voor de extra uitvoeringskosten.<sup>45</sup> Deze kosten hadden een bandbreedte van € 25 miljoen tot € 28,5 miljoen en zijn destijds vergeleken met geraamde uitvoeringskosten van een eigen risicoregeling.

Uit de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling blijkt dat in 2005 de uitvoeringskosten volgens de verzekeraars (ziekenfondsen) gemiddeld circa € 2 per

---

<sup>45</sup> Tweede Kamer. Kamerstukken 2003/2004, 29483, nr. 3.

verzekerde van 18 jaar en ouder bedroegen, waarbij een deel van deze kosten waarschijnlijk incidenteel van aard waren.<sup>46</sup> De uitvoeringskosten bleven daarmee binnen het geraamde kader van € 20 miljoen.

Bij het wetsvoorstel voor de invoering van het verplicht eigen risico is in 2007 een nieuwe inschatting gemaakt.<sup>47</sup> De raming van de structurele uitvoeringskosten van zorgverzekeraars voor het verplicht eigen risico bedroeg circa € 27 miljoen.

De NZa heeft de administratieve lasten voor zorgverzekeraars bij de uitvoering van het verplicht eigen risico en de compensatieregeling onderzocht (zie ook paragraaf 5.4). Uit deze inventarisatie bij verzekeraars blijkt dat de administratiekosten voor de in- en uitvoering van het verplicht eigen risico hoger uitkomen. In 2008 bedroegen de incidentele kosten op macroniveau iets minder dan € 9 miljoen (met een bandbreedte van € 6 tot € 14 miljoen). De structurele kosten op macroniveau kwamen in 2008 uit op ongeveer € 40 miljoen (bandbreedte € 31 tot € 46 miljoen). Deze bedragen zijn in een gesprek met ZN bevestigd. In fase 2 van deze evaluatie zal in samenspraak met de verzekeraars een nadere berekening van de uitvoeringskosten worden gemaakt, gebaseerd op het Standaard Kosten Model dat algemeen gebruikt wordt om administratieve lasten te berekenen.

De uitvoeringskosten verschillen sterk per verzekeraar.<sup>48</sup> De meest klantvriendelijke manier – dat wil zeggen na iedere genoten zorg inzicht geven in de uitputting van het eigen risico – is tevens de duurste manier. De regeling verplicht eigen risico geeft zorgverzekeraars veel ruimte voor een eigen aanpak. De verschillen komen dan ook voort uit de aanpak die zorgverzekeraars kiezen en uit verschillen in de noodzaak om hun computersystemen aan te passen. Uit de data-analyse en de gesprekken is gebleken dat – hoewel de inzet van het sturingsinstrument door verzekeraars meer dan marginaal is – nog weinig verzekerden hiervan gebruik hebben gemaakt. Verzekeraars geven aan moeite te hebben met het bieden van keuzeondersteuning. Ook de informatievoorziening met betrekking tot het sturingsinstrument is beperkt (zie ook het voorgaande hoofdstuk en hoofdstuk 6). Om die reden is het tot op heden niet mogelijk gebleken om afzonderlijk de uitvoeringskosten voor verzekeraars betreffende het sturingsinstrument in kaart te brengen. Daarnaast zijn eventuele (meer)kosten lastig toewijsbaar aan het sturingsinstrument als zodanig.

Een mogelijkheid voor verzekeraars om hun structurele administratiekosten voor het eigen risico te beperken is de premiebetaling en het verrekenen van het eigen risico te integreren. Communicatie over het resterende bedrag aan eigen risico tegelijk met de mailing over verlenging van de polis levert eveneens een kostenreductie, maar door het communicatiemoment (circa half november) zal het gedragseffect relatief beperkt zijn.

<sup>46</sup> Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006, p. 5.

<sup>47</sup> Wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claim teruggave door een verplicht eigen risico (TK 31094), nr. 6, p. 36.

<sup>48</sup> Dit komt overeen met de bevindingen bij de evaluatie van de no-claim teruggaveregeling. Ook daar werd geconstateerd dat er een grote variatie was in de uitvoeringskosten tussen ziekenfondsen. De kosten liepen uiteen van € 1 tot € 10 per ziekenfondsverzekerde van 18 jaar en ouder. (zie voetnoot 46, p. 26).



## 5.3 Uitvoeringskosten van de compensatieregeling

Naast uitvoering van het verplicht eigen risico zijn er kosten voor de uitvoering van de compensatieregeling. Uit de NZa Monitor Eigen risico (maart 2009) valt af te leiden dat deze kosten voor zorgverzekeraars marginaal zijn. Veel gegevens leveren de verzekeraars voor andere doeleinden al (geautomatiseerd) aan Vektis, bijvoorbeeld in het kader van de risicoverevening. Ook de aanlevering van NAW-gegevens en bankrekeningnummers is grotendeels geautomatiseerd. Tijdens de gesprekken met betrokkenen is deze bevinding bevestigd. Wel is er soms een individuele check nodig om het recht op compensatie te verzilveren, wat enige uitvoeringskosten tot gevolg heeft.

Over de kosten die het CAK maakt voor uitvoering van de compensatieregeling meldt het CAK in haar jaarverslag dat voor 2008 een specifiek budget is toegekend van in totaal € 7,7 miljoen.<sup>49</sup> Hiervan heeft € 2,2 miljoen betrekking op de financiering van het opzetten van de uitvoering van de regeling en € 5,5 miljoen op de daadwerkelijke uitvoering. De € 5,5 miljoen zijn structureel toegekend voor een periode van vijf jaar. In deze uitvoeringskosten is echter nog geen rekening gehouden met het grote aantal bezwaarschriften en beroepsprocedures.

## 5.4 Uitvoering van de compensatieregeling

### *Schets van de regeling*

Verzekerden met meerjarige onvermijdbare zorgkosten of verzekerden die in een AWBZ-instelling verblijven hebben recht op een gedeeltelijke compensatie van hun verplicht eigen risico. De compensatie bedraagt € 47 per verzekerde in 2008 (€ 50 in 2009, € 54 in 2010). Chronisch zieken en mensen met een handicap hebben hoge zorgkosten en betalen altijd het volledige eigen risico van € 150 (€ 155 in 2009, € 165 in 2010). Een verzekerde in Nederland betaalt gemiddeld € 103 (€ 105 in 2009, € 111 in 2010) per jaar aan eigen risico. Door chronisch zieken en mensen met een handicap compensatie te geven, betaalt iedereen *gemiddeld* hetzelfde.

### *Bepalen van de doelgroep*

Bij de behandeling van het wetsvoorstel om de no-claim teruggave te vervangen door een verplicht eigen risico is uitgebreid gedebatteerd over de afbakening van de te compenseren groep verzekerden met meerjarige, onvermijdbare zorgkosten. Er is toen gekozen voor bestaande registraties en bruikbare bestanden met gegevens om de beoogde groep zo goed mogelijk af te bakenen.<sup>50</sup> Voor de compensatie 2008 kwamen in aanmerking:

- Mensen die op 1 juli 2008 tenminste een half jaar in een AWBZ-instelling verbleven;<sup>51</sup>

<sup>49</sup> <http://www.hetcak.nl/public/Bestanden/Internet/CAK%20Jaarverslag%2008%20compleet%20LR.pdf> , p.45.

<sup>50</sup> Wetsvoorstel Wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claim teruggave door een verplicht eigen risico (TK 31094).

<sup>51</sup> AWBZ-instellingen zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen, instellingen voor lichamelijk gehandicapten, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor beschermd wonen.

- Mensen die een bepaalde chronische aandoening hebben waarvoor in 2006 en 2007 meer dan 180 standaard dagdoseringen van specifieke geneesmiddelen zijn afgeleverd.<sup>52</sup>

Op 23 mei 2008 werd bekend gemaakt dat voor de compensatie 2009 de doelgroep werd uitgebreid met mensen die in 2006 en in 2007 waren ingedeeld in een diagnose kostengroep (DKG).<sup>53</sup> Verzekerden die onder een DKG vallen zijn meestal in een ziekenhuis opgenomen voor een bepaalde chronische aandoening. De groep zou hiermee toenemen met maximaal 50.000 personen, de uitgaven van de maatregel door extra uitgekeerde compensatie met maximaal € 2,5 miljoen.

Met de criteria voor 2008 kwamen circa 1,85 miljoen verzekerden voor compensatie in aanmerking. In 2009 waren dit ongeveer 1,9 miljoen verzekerden. Het totale bedrag dat werd uitgekeerd bedroeg in 2008 € 83,6 miljoen en in 2009 circa € 95 miljoen, inclusief ruim € 2 miljoen voor later uitgekeerde compensatie over het jaar 2008.

#### *Proces (ketenpartners)*

Het CAK voert de CER uit en doet de uitbetaling van het compensatiebedrag. Aangezien het bij gebrek aan wettelijke grondslag verboden is om de gegevens over medicijngebruik van verzekerden aan het CAK te sturen, is het niet de enige schakel in het proces. Zorgverzekeraars hebben dat inzicht wel, dus heeft het CAK heeft met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor de uitvoering van de compensatieregeling in 2008 een aantal afspraken gemaakt over de aanlevering van gegevensbestanden. Het CAK ontvangt van de zorgverzekeraars gegevens over verzekerden die recht hebben op de CER.<sup>54</sup> Op grond van de informatie van zorgverzekeraars keert het CAK de CER uit.

#### Box 5.1 Wat doet het CAK?

Het CAK voert een aantal regelingen uit, namelijk de inning van de eigen bijdrage Zorg met Verblijf (AWBZ), inning van de eigen bijdragen Zorg zonder Verblijf (AWBZ en Wmo) en de uitbetaling van de CER. Daarnaast regelt het CAK de financiering bijzondere ziektekosten, dit is de betaling van alle AWBZ-verstrekingen. Per 1 januari 2009 is daar de uitbetaling van de toeslag in het kader van de Wet Tegemoetkoming Chronisch zieken en Gehandicapten (Wtcg) aan toegevoegd. In het jaarverslag 2008 is vermeld dat het CAK per jaar 876.000 beschikkingen en 6.500.000 facturen verstuurde, 4.674.000 betalingen registreerde en 7.421.000 cliëntgegevens moest opvragen en verwerken. De CER wordt uitgevoerd in een eigen structuur onafhankelijk van de andere regelingen.

De financieel administratieve dienstverlening van het CAK vormt in een bepaald opzicht het sluitstuk van een keten van informatie-uitwisseling waarbinnen een groot aantal verschillende organisaties elk een eigen rol vervult en een bijdrage aanlevert. Wanneer de informatieketen niet optimaal functioneert, komt dat direct tot uitdrukking in de dienstverlening door het CAK en in de kwaliteitservaring van de cliënt.

<sup>52</sup> Een standaard dagdosering (DDD) is een internationaal aanvaarde maat voor de hoeveelheid werkzame stof in geneesmiddelen die een volwassene gemiddeld per dag gebruikt – zie ook hoofdstuk 3.

<sup>53</sup> Zie [www.regering.nl/actueel/persberichten\\_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning\\_verplicht\\_eigen\\_risico\\_in\\_2009](http://www.regering.nl/actueel/persberichten_ministerraad/2008/mei/23/Verfijning_verplicht_eigen_risico_in_2009).

<sup>54</sup> In het Jaarverslag over 2008 van het CAK wordt expliciet opgemerkt dat het CAK de juistheid van de gegevens niet kan controleren. Er zit in dat opzicht een ketenafhankelijkheid in het proces.

Voor de uitvoering van de compensatieregeling verricht het CAK de volgende werkzaamheden:

- Vaststellen welke verzekerden recht hebben op compensatie;
- Verzenden van de beschikkingen aan verzekerden die recht hebben op compensatie;
- Verwerken van bezwaarschriften;
- Verwerken van aanvragen voor compensatie door verzekerden die geen beschikking hebben ontvangen, maar menen hier wel recht op te hebben;
- Uitbetalen van de compensatie.

In de eerste en tweede Monitor Eigen Risico van de NZa (uitgebracht in juli en december 2008) is uitgelegd hoe de selectie van de juiste rechthebbenden in zijn werk gaat. Voor de uitvoering van de compensatieregeling heeft het CAK de volgende gegevens nodig:

- Burgerservicenummers (BSN): Vektis maakt in opdracht van de zorgverzekeraars een selectie van de BSN van FKG-verzekerden op basis van de farmaciebestanden van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de volledigheid van die bestanden;
- NAW-gegevens: Nadat de BSN zijn geselecteerd stuurt Vektis deze naar Vecozo. Vecozo verstrekt de bijbehorende NAW-gegevens aan het CAK en aan de zorgverzekeraars;
- Bank- en girorekeningnummers: De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor de aanlevering van de bij de geselecteerde BSN behorende bank- of girorekeningnummers aan het CAK;
- Het CAK heeft zelf – dankzij de uitvoering van de eigen bijdrage regelingen in de AWBZ alle gegevens (BSN, NAW en bank- en girorekeningnummers) van de verzekerden die meer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

Dankzij de samenwerking van het CAK met Vektis, Vecozo en de zorgverzekeraars zijn in 2008 de BSN, adresgegevens en rekeningnummers bijeengebracht van ruim 1,7 miljoen FKG-verzekerden die in aanmerking komen voor een CER. Daarnaast voldeden ruim 140.000 AWBZ-verzekerden aan de voorwaarde van zes maanden aaneengesloten verblijf in een AWBZ-instelling.

In totaliteit heeft het CAK in 2008 ruim 1,8 miljoen beschikkingen verzonden. Medio december 2008 waren 1.795.323 uitkeringen verricht tot een bedrag van € 84,4 miljoen. Van ruim 17.000 uitkeringen (€ 0,8 miljoen) is de betaling weer terugontvangen waardoor het netto uitgekeerde bedrag uitkomt op € 83,6 miljoen.

Ruim 80.000 verzekerden die aanvankelijk niet in aanmerking kwamen voor een compensatie maar toch meenden daar recht op te hebben, hebben in 2008 een aanvraagformulier ingezonden. Van deze extra aanvragen is het merendeel afgewezen. Dit heeft weer geleid tot een groot aantal (15.600) bezwaarschriften. Er zijn 14.300 negatieve beslissingen verzonden op deze bezwaren. Over het jaar 2008 zijn circa 475 beroepszaken ingediend waarvan een deel later is ingetrokken (136 zaken) of ongegrond verklaard (34 zaken). In 194 zaken was ultimo 2009 nog geen uitspraak gedaan.<sup>55</sup> Voor 2009 zijn de voorlopige cijfers over het aantal extra aanvragen (17.642), afwijzingen (15.651) en bezwaren (1.044) aanzienlijk lager.

<sup>55</sup> CAK, tussentijdse stand van zaken 2009 (2010).

Tabel 5.5.1 Aantal beroepszaken over de Compensatieregeling Eigen Risico in 2008

	aantal zaken
Ingediend	475
Ingetrokken door eiser	136
Herzien door CAK	61
Uitspraak bekend, waarvan:	84
- Gegrond*	48
- Ongegrond	34
- Niet ontvankelijk	2
Nog te gaan in 2010 / nog geen uitspraak	194

\* In 26 gevallen bleef het eerdere besluit voor het niet toekennen van compensatie in stand. In 22 gevallen besloot de rechter vanuit verschillende oogpunten dat het CAK alsnog de CER moest toekennen.

Bron: CAK, tussentijdse stand van zaken 2009 (2010).

### *Uitvoeringsproblemen*

De vraag is in hoeverre de uitvoering van de compensatieregeling soepel is verlopen. Bij de no-claim teruggaveregeling deden zich weinig uitvoeringsproblemen voor, waarbij de verzekerden positiever over de uitvoering oordeelden dan de verzekeraars (ziekenfondsen).<sup>56</sup> De kernvragen zijn of met compensatie de doelgroep voldoende bereikt wordt en of er knelpunten zijn bij de uitvoering van de regeling.

De NZa schetst in zijn Monitor dat voor de betaling van de compensatie in 2008 gebruik is gemaakt van farmaciebestanden uit 2006 en 2007 die in grote lijnen (maar niet 100%) volledig waren. Over 2007 was 0,03% van de verzekerden (4.359) personen niet in beeld. Dit valt ruimschoots binnen de tolerantie die de NZa normaliter hanteert bij het toezicht op de verevening. Dit neemt niet weg dat in de praktijk naar schatting 1.800 tot 1.900 personen onterecht geen beschikking van het CAK ontvangen hebben, terwijl ze wel binnen de afgebakende doelgroep vallen.

Daarnaast ontbrak aanvankelijk een groot aantal bank- en girorekeningnummers. Dit knelpunt is opgelost door op grote schaal antwoordcoupons mee te sturen waarbij mensen het rekeningnummer konden aangeven.

Tot slot was het voor een deel van de rechthebbenden lastig om de juiste NAW-gegevens te achterhalen. Hier hebben het CAK en ZN gezamenlijk actie op ondernomen.

De ex-ante evaluatie die de NZa heeft uitgevoerd in juli 2008 constateert dat de procedures die zijn opgesteld het risico op fouten in sterke mate beperken. De aansluiting die partijen tussen de verschillende schakels hebben gecreëerd, blijven wel een belangrijk punt van aandacht omdat de regeling geregeld wordt gewijzigd, bijvoorbeeld als er nieuwe doelgroepen worden toegevoegd.

<sup>56</sup> Goudriaan, R., Bartelings, H., Thio, V., Snijders, R.W.D.J. Evaluatie van de no-claim teruggaveregeling I. Den Haag: APE, 2006, p. 5.

### *Afbakening van de doelgroep*

Wat betreft het bereik van de doelgroep is het in theorie mogelijk dat rechthebbenden geen compensatie hebben ontvangen of dat mensen wel compensatie hebben ontvangen terwijl ze er geen recht op hadden. Doordat eerst een bestand is gemaakt van mensen (BSN-nummers) die daadwerkelijk zorgkosten hebben gemaakt, lijkt de kans gering dat mensen ten onrechte een compensatie hebben gekregen. Er zijn wel meldingen geweest van mensen die geen compensatie kregen terwijl ze er wel recht op hadden.

De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-raad) heeft in oktober 2008 voor patiënten een meldpunt opgericht ('Meldpunt 47 euro'). Tussen oktober 2008 en maart 2009 kwamen ruim 3.000 meldingen binnen. Door de gehanteerde afbakening - verzekerden die in 2006 en 2007 in een FKG waren ingedeeld,<sup>57</sup> en verzekerden die op 1 juli 2008 langer dan een half jaar zonder onderbreking in een AWBZ-instelling waren opgenomen – kreeg een grote groep mensen geen compensatie terwijl ze er naar de mening van de CG-raad wel recht op zouden moeten hebben.<sup>58</sup> Op 16 april 2009 reageerde de Minister van VWS op een brief die de CG-raad hierover had opgesteld. Voor de jaren na 2008 worden stapsgewijs de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling uitgebreid en wordt zo het formeel recht op compensatie meer in lijn gebracht met het 'moreel' recht omdat mensen tot de beoogde doelgroep behoren. Zo zijn voor de compensatie 2009 de afbakeningscriteria uitgebreid met de DKG en wordt in 2011 het gebruik van bepaalde hulpmiddelen meegenomen als criterium.

Bij de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) speelt het aspect van de afbakening van de doelgroep ook. Naar aanleiding daarvan heeft de Staatssecretaris de Taskforce verbetering afbakening Wtcg ingesteld die de mogelijkheden onderzoekt voor een verbetering van de compensatie van de forfaitaire regeling van de Wtcg. Weliswaar heeft deze Taskforce niet tot taak zich te richten op de afbakeningscriteria voor de compensatieregeling verplicht eigen risico, maar de afbakeningscriteria van de Wtcg en die van het verplicht eigen risico komen voor een deel overeen. De doelgroepen van beide regelingen zijn echter verschillend. De Wtcg richt zich op meerkosten van een chronische ziekte of handicap en de CER is bedoeld om mensen met meerjarige onvermijdbare zorgkosten te compenseren. In de gesprekken met betrokken partijen is aangegeven dat beide regelingen samengevoegd zouden kunnen worden.

Hoge zorgkosten zijn niet per definitie een goede indicator voor meerkosten. Tegelijkertijd veroorzaakt niet iedereen met meerkosten door chronische ziekte en/of handicap hoge zorgkosten. Op dit moment worden ziekenhuiszorg en medicijngebruik niet optimaal gebruikt om te bepalen welke verzekerden chronisch ziek en/of gehandicapt zijn. De Taskforce stelt daarom voor het gebruik van de huidige FKG's en DKG's (risicovereveningsbenadering) te verlaten en over te stappen op een meer medisch inhoudelijke benadering.<sup>59</sup>

<sup>57</sup> Met uitzondering van de FKG 'hoog cholesterol'.

<sup>58</sup> Deze criteria zijn vastgelegd in artikel 3a.1 van het Besluit zorgverzekering en artikel 8.3 van de Regeling Zorgverzekering.

<sup>59</sup> [Tweede voortgangsrapportage Wtcg \(TK 31706, nr 35\)](#) inclusief bijlage (Herijkte grenzen, Eindrapport van de Taskforce Verbetering afbakening Wtcg), december 2009.

Een beoordeling van diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) en actieve bestandsdelen van geneesmiddelen bepaalt in hoeverre de betrokken chronische ziekte of aandoening gepaard gaat met meerkosten. De Taskforce heeft daarbij zogenaamde Chronische Groepen laten ontwikkelen. De werkzame stoffen en behandelingen die worden betrokken bij de afbakening worden in 25 chronische groepen geclusterd en vervolgens op een gewogen manier betrokken bij de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming. De Taskforce heeft daarnaast aanvullende criteria ontwikkeld waardoor een betere afbakening ontstaat van de groep chronisch zieken en gehandicapten die te maken heeft met meerkosten vanwege hun ziekte. Het kabinet neemt deze aanbevelingen over.<sup>60</sup> Zo kan de afbakening tussen de Wtcg en de aanspraak op basis van de Zvw verbeteren en moet bij de vaststelling van de tegemoetkoming rekening gehouden worden met rolstoelen die in het kader van de Wmo worden verstrekt. Verder telt ook het gebruik van een persoonsgebonden budget (PGB) voor huishoudelijke verzorging mee voor de vaststelling van de tegemoetkoming. Andere verbeteringen betreffen het betrekken van het meerjarig hulpmiddelengebruik en het optellen van AWBZ-indicaties in uren en dagdelen bij het vaststellen van de tegemoetkoming.

#### *Hoe veel mensen zijn (terecht of ten onrechte, wel of niet) bereikt?*

Met toepassing van de voor 2008 geldende criteria zijn de verzekerden geselecteerd die voor het verplicht eigen risico 2008 gecompenseerd worden. Dit betreft circa 1,8 miljoen verzekerden. Zij hebben – zonder dat zij daarvoor een aanvraag hoefden in te dienen – van het CAK bericht gekregen dat zij voor compensatie in aanmerking komen. Daarnaast hebben ruim 80.000 verzekerden bij het CAK een aanvraag voor compensatie ingediend.

Toch zijn er bij het meldpunt van de CG-Raad in 2008/2009 circa 3.000 meldingen gedaan. Het gaat onder andere om mensen met reuma, hartpatiënten, mensen met borstkanker of diabetes, nierpatiënten en mensen met zeldzame ziekten. Van deze mensen ontvangt 87% geen compensatie, terwijl ze wel chronisch ziek zijn. Als belangrijkste oorzaken worden genoemd de onduidelijke procedure, administratieve fouten en te weinig voorlichting over de regeling.

Volgens het CAK voldoet het overgrote deel van deze verzekerden die een aanvraag hebben ingediend, niet aan de geldende afbakeningscriteria. Als bij nadere controle naar aanleiding van de aanvraag bleek dat een verzekerde toch aan de criteria voldeed, heeft het CAK alsnog de compensatie toegekend.

De minister geeft in zijn brief van april 2009 eveneens aan dat hij veronderstelt dat het bij deze meldingen meestal gaat om verzekerden die niet aan de afbakeningscriteria voor de compensatie 2008 voldoen. De problemen hebben te maken met het ontwerp van de regeling. Zo wordt het medicijngebruik voor reumapatiënten weliswaar goed geregistreerd, maar hanteren verzekeraars en apothekers geen uniforme registratiemethode bijvoorbeeld omdat het medicijnen betreft die apothekers zelf bereiden (dus geen landelijke code krijgen) of omdat het medicijnen betreft die met een andere toedieningsvorm op de medicijnlijst voorkomen. Daarnaast komen sommige aandoeningen niet op de medicijnlijst voor en vallen sommige groepen patiënten pas in

<sup>60</sup> Ministerie van VWS. 11 december 2009. Kabinet akkoord met rapportage Wtcg. Zie <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/z/2009/kabinet-rapportage-wtcg.asp>.

2009 of 2010 binnen de afbakening van de groep. Uit het feit dat over 2009 minder extra aanvragen zijn gedaan, minder afwijzingen nodig waren en minder nabetalings zijn verricht, blijkt dat de doelgroep inderdaad in 2009 beter is bereikt. Dit komt door de uitbreiding van de afbakeningscriteria. Ook de verbeterde communicatie richting rechthebbenden, bijvoorbeeld over het lastige begrip ‘dagdosering’, heeft hieraan bijgedragen.

De CG-raad geeft aan dat de vormgeving van de regeling verder verbeterd kan worden, onder meer door uitbreiding van de medicijnlijst, met bijvoorbeeld medicijnen voor nierziekten, reuma, spierziekte, kanker en zeldzame aandoeningen. Wellicht is de onduidelijkheid op te lossen door ook voor de CER aan te sluiten bij de criteria van de Taskforce verbetering afbakening Wtcg.

In november 2009 is een zogeheten Zwartboek CAK uitgekomen, waarin FNV Bondgenoten naar aanleiding van ongeveer 100 meldingen constateert dat bellers zich “vaak ronduit onbeschoft behandeld” voelen en dat de handelswijze van het CAK onbehoorlijk is. In de conclusie noemt FNV Bondgenoten de regeling “een onwerkbaar monstrem”, waarbij de regeling misverstanden oproept en “discutabele selectiecriteria” kent en de uitvoering door het CAK “volstrekt onder de maat is”.

Veel van de genoemde knelpunten zijn echter in een eerdere fase onderkend en hebben de aanleiding gevormd om de afbakeningscriteria van de regeling aan te passen. Gezien het beperkte empirische gehalte van het zwartboek moet worden geconstateerd dat deze weliswaar een plek heeft gehad in de berichtgeving rondom de CER, maar aan een gefundeerde discussie over de inhoud slechts in beperkte mate bijdraagt.

#### *Verwerking van bezwaarschriften*

Er zijn verbeteringen mogelijk in de bezwaar- en beroepsprocedure. In de Monitor Eigen Risico 2008 constateert de NZa dat een reactie op een bezwaarschrift geen inhoudelijk oordeel bevat, omdat het CAK vanuit privacyoogpunt niet over declaratie- en gezondheidsgegevens beschikt. Een verzekerde kan hierdoor de reden van afwijzing niet controleren. De CG-Raad zou graag zien dat het CAK bij een afwijzing van aanvragen en bij de behandeling van ingediende bezwaren, wel exact de reden voor die afwijzing moet vermelden. Het gaat daarbij in het bijzonder om gegevens betreffende het medicijngebruik dat bepalend is voor de indeling in FKG's. In het kader van de Zvw is ten aanzien van de CER geregeld dat de zorgverzekeraars aan het CAK uitsluitend de BSN en de bank-/girorekeningnummers mag doorgeven. Dit zijn zogeheten “bijzondere persoonsgegevens betreffende de gezondheid” waarvoor met het oog op de Wet bescherming persoonsgegevens strikte voorschriften gelden.<sup>61</sup> Op grond van die bepalingen mogen zorgverzekeraars aan het CAK geen gegevens verstrekken over welke medicijnen een verzekerde in een jaar afgeleverd heeft gekregen en de hoeveelheden daarvan. Indien zorgverzekeraars dat zouden doen, zouden zij handelen in strijd met de Wet bescherming persoonsgegevens.

Voor de Wtcg is een zogeheten ketenprocesontwerp gemaakt om informatieverzoeken, aanvragen en bezwaren van de cliënt binnen het CAK en de keten goed en efficiënt af te

<sup>61</sup> Dit is geregeld in artikel 118a, derde en vierde lid, van de Zvw en artikel 7.4a van de Regeling Zorgverzekering.



kunnen handelen. Ook hier geldt dat het CAK vanwege privacy-aspecten niet beschikt over de zorggegevens die ten grondslag liggen aan (het uitblijven van) een tegemoetkoming. Het CAK moet deze informatie – met expliciete toestemming van de cliënt – bij de achterliggende ketenpartners opvragen. Dit proces wordt ondersteund door de bouw van een aparte applicatie (portal) tussen het CAK en de ketenpartners. Met deze portal kan het CAK in geval van het ontbreken van relevante gegevens of bij eventueel onjuist gebleken gegevens stapsgewijs teruggaan naar de gegevens bij Vektis en zonodig naar de brongegevens bij de zorgverzekeraars en het CIZ.

De vraag is in feite hoe diep het CAK bij de behandeling van het bezwaar tegen zijn afwijzende beslissing op een aanvraag om compensatie, moet ingaan op het voor de FKG-indeling relevante medicijngebruik van de bezwaar makende verzekerde. Ook verschillende rechtbanken in Nederland die beroepsprocedures behandelen komen niet tot een eenduidig oordeel hierover.

De NZa beveelt in de Monitor Eigen Risico 2008 aan om de bezwaarprocedure goed te evalueren. Mocht de huidige situatie nog steeds vanuit het perspectief van de klager als onvoldoende worden ervaren, dan kan dit in fase 2 van de evaluatie nader aan de orde komen.

### *Samenvatting*

Concluderend kan worden gesteld dat door de procedures die partijen hebben opgesteld, het risico van fouten in de uitvoering beperkt was. De uitvoering is niet helemaal probleemloos verlopen, maar de betrokken organisaties hebben alles in het werk gesteld om tekortkomingen zo snel mogelijk te repareren. Ook de vormgeving van de regeling (afbakening van de doelgroep) wordt steeds verder verbeterd om te voorkomen dat groepen verzekerden ten onrechte geen compensatie krijgen. Tot slot geldt een voorziening dat verzekerden die met terugwerkende kracht rechthebbende blijken te zijn, tot vijf jaar later de betaling van het compensatiebedrag tegemoet kunnen zien.



## 6 Sturingsinstrument

### 6.1 Achtergrond

Sinds januari 2009 kunnen zorgverzekeraars kiezen voor de inzet van het verplicht eigen risico als sturingsinstrument. Hierbij kunnen ze het verplicht eigen risico gebruiken als middel om de keuzes van hun verzekerden te beïnvloeden. Iemand die bijvoorbeeld een behandeling ondergaat bij een zorgaanbieder waarmee de zorgverzekeraar speciale afspraken heeft gemaakt (preferente aanbieder), hoeft dan voor die specifieke zorg geen eigen risico te betalen. Daarnaast kan het ook worden gebruikt bij de keuze voor preferente medicijnen en hulpmiddelen<sup>62</sup> of kan de zorgverzekeraar het eigen risico geheel of gedeeltelijk teruggeven als de verzekerde een preventieprogramma ter ondersteuning van de behandeling van diabetes, COPD, depressie, hart- en vaatziekten of overgewicht volgt.<sup>63</sup> In Box 6.1 geven wij enkele voorbeelden van de inzet van het sturingsinstrument door zorgverzekeraars.

#### Box 6.1 Voorbeelden inzet sturingsinstrument

Klanten van Zilveren Kruis Achmea hoeven met ingang van 2009 voor een aantal behandelingen<sup>64</sup> geen eigen risico te betalen. De klant moet voor deze behandelingen zorgbemiddeling inschakelen. Ook wanneer de klant kiest voor een ander ziekenhuis (buitenlandse ziekenhuizen uitgezonderd), vervalt het verplicht eigen risico, wanneer de klant de zorgbemiddeling de behandeling (intake, afspraak behandeling etc.) maar laat regelen. Ook andere zorgkosten in hetzelfde kalenderjaar die normaal gesproken onder het verplicht eigen risico vallen, worden uitgesloten van het eigen risico, wanneer van de zorgbemiddeling gebruik wordt gemaakt.

Zorgverzekeraar Univé heeft huisartsen in Amsterdam uitgenodigd voorkeurshuisarts te worden voor (jonge) klanten met een ZEKUR polis.<sup>65</sup> Omdat deze mensen jong zijn, zijn ze relatief gezond, en gaan ze weinig naar de huisarts. De huisarts moet op zijn beurt de patiënten (spoed uitgezonderd) naar het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis verwijzen en ze gebruik laten maken van een internetapotheek. De klanten krijgen, wanneer ze gebruik maken van een voorkeurshuisarts, zich door laten verwijzen naar de voorkeursinstelling en ze gebruik maken van de aangewezen internetapotheek, hun verplicht eigen risico terug.

Bij het vergruizen van nierstenen of het vervangen van knie- of heupgewrichten kunnen verzekerden van Agis het verplicht eigen risico terugverdienen wanneer zij voor de behandeling hiervan gebruik maken van een door

<sup>62</sup> Zorgvisie, 9 januari 2009. Verzekeraars sturen met eigen risico.

<sup>63</sup> Ministerie van VWS. Platform Bijeenkomst Beyaert. Preventie in de eerste lijnzorg. 'State-of-the-art van geïndiceerde preventie'. Jan Verduijn en Lejo van der Heiden. Urmond: 22 januari 2009. Beschikbaar via: <http://www.stichtingbeyaert.nl/include/files/stichtingbeyaert.nl//Platform/22%20januari%202009/Presentatie%20J.%20Verduijn%20en%20L.%20van%20der%20Heiden.ppt.ppt>.

<sup>64</sup> Staar, liesbreuk, heup/knie artrose, galblaasoperatie, incontinentie, meniscus- of voorste kruisbandletsel (verdenking van) borstkanker of rug/nek hernia.

<sup>65</sup> De huisartsenkring Amsterdam is fel tegen de proef van Univé, waardoor er slechts een klein aantal huisartsen deelneemt.

Agis aangewezen voorkeursinstelling.

Zorgverzekeraar De Friesland heeft het sturingsinstrument ingezet voor staar en spataderen. Wanneer verzekerden zich hiervoor in een voorkeurskliniek lieten behandelen, dan was deze zorg geen onderdeel van het verplicht eigen risico. Aangezien veel klanten van de zorgverzekeraar zich gedwongen voelden en het niet terugkrijgen als straf ervoeren, is de proef stopgezet door de zorgverzekeraar.<sup>66</sup>

Ook CZ heeft het experiment met voorkeursartsen die waren geselecteerd op basis van bevindingen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, onderzoeken onder patiënten en de wachttijden van de arts stopgezet vanwege negatieve reacties van klanten.

Een onderkend risico van het sturingsinstrument betreft de (ontwikkeling van de) kwaliteit van zorgverlening door ‘aangewezen’ zorgaanbieders. Aan de andere kant kan het sturingsinstrument ook leiden tot kwaliteitsverbeteringen vanwege de positieve prikkel voor zorgaanbieders om preferente aanbieder te worden. De resultaten van dit nieuwe onderdeel zullen dus met grote belangstelling worden bekeken.

## 6.2 Inzet en effect van het sturingsinstrument

Bij Algemene Maatregel van Bestuur kunnen vormen van zorg worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar kan bepalen of hij de kosten geheel of gedeeltelijk uitsluit van het verplicht eigen risico. Er geldt geen beperking tot bepaalde zorgvormen, waardoor de zorgverzekeraars voldoende gelegenheid krijgen ervaring op te doen met het sturingsinstrument.

### *Inzet van het sturingsinstrument*

Achttien van de dertig zorgverzekeraars hebben in hun modelovereenkomsten van 2009 opgenomen dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheid vormen van zorg aan te wijzen die uitgesloten worden van verplicht eigen risico. Hiervan hebben er vijftien zorgaanbieders aangewezen die niet ten laste van het verplicht eigen risico komt (het gaat hierbij om 58% van de verzekerden).<sup>67</sup> In 2010 hebben 17 zorgverzekeraars in hun modelovereenkomsten opgenomen dat zij gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om vormen van zorg aan te wijzen die uitgesloten worden van het verplicht eigen risico. Drie verzekeraars geven hier geen invulling aan. Ondanks de experimentele status is de inzet van het sturingsinstrument daarom meer dan marginaal. Wel wordt het sturingsinstrument enkel ingezet voor specifieke zorgarrangementen binnen het B-segment waarbij voldoende inzicht bestaat in de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg om effectief te kunnen onderhandelen met zorgaanbieders, namelijk:

- nier- en uretersteenvergruizing;
- knie- en heupoperaties (prothese);
- staaroperatie;
- lies- en dijbreuk;
- artrose van de heup/knie/bekken;
- galblaasoperatie;

<sup>66</sup> Medisch Contact (2009). NieuwsReflex. Verzekerden willen zelf kiezen. Jaargang 40, 30 september 2009, p. 1608.

<sup>67</sup> NZa. Monitor Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 35-39.

- incontinentie;
- meniscus- of voorste kruisbandletsel;
- (verdenking op) borstkanker;
- (verdenking op) rug- of nekhernia en overige wervelkolomchirurgie door orthopeed of neurochirurg;
- spataderen.

#### *Knelpunten bij de inzet van het sturingsinstrument in de praktijk*

Zorgverzekeraars die uiteindelijk in de praktijk geen gebruik maken van het sturingsinstrument, geven de volgende redenen hiervoor:

- De tijd van bekendmaking van de mogelijkheid tot het nieuwe verzekeringsjaar is te kort om een goede invoering van het sturingsinstrument te realiseren;
- Er bestaat twijfel over hoe verzekerden de regeling ervaren. Er zou onduidelijkheid kunnen ontstaan omdat verzekerden het eigen risico alsnog kwijt raken bij ander zorggebruik;
- Het eigen risico zou voor het hele kalenderjaar moeten worden kwijtgescholden, omdat verzekerden de regeling als kleine-lettertjes-beleid van de verzekeraar zouden ervaren op het moment dat ze later het eigen risico alsnog moeten betalen (reputatieschade);
- Om de regeling te bekostigen zouden lagere tarieven moeten gelden of een hogere premie gevraagd moeten worden. Het laatste zou niet goed vallen bij verzekerden, het eerste is nog niet gelukt;
- De effecten en opbrengsten van de regeling zijn (nog) niet duidelijk.

In de praktijk blijkt het voor zorgverzekeraars lastig om aan hun verzekerden uit te leggen dat de keuze voor een voorkeursaanbieder niet tot gevolg heeft dat het eigen risico wordt kwijtgescholden, maar dat het alsnog in rekening kan worden gebracht wanneer later dat jaar van een andere zorgaanbieder gebruik gemaakt wordt.<sup>68</sup> Dit is de belangrijkste reden waarom geen van de verzekeraars in 2009 gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid een *preventieprogramma* aan te bieden. Zorgverzekeraars hebben deze optie vaak wel overwogen<sup>69</sup> en hoewel zij bij het bevorderen van deelname aan preventie liever positieve prikkels gebruiken, stellen zij dat de hoogte van het eigen risico eigenlijk te beperkt is om effectief genoeg te kunnen worden ingezet als preventieprikkel.<sup>70</sup> Ook geven verzekeraars aan dat er geen landelijke uniformiteit is in de beoogde preventieprogramma's.

Van de mogelijkheid het sturingsinstrument in te zetten voor keuzeondersteuning voor *preferent aangewezen geneesmiddelen of hulpmiddelen*, maakt slechts één zorgverzekeraar gebruik (kosten van anticonceptiepil geleverd door De Pilexpres valt daar buiten het eigen risico).<sup>71</sup>

Ook uit een studie van de NZa<sup>72</sup> blijkt dat zorgverzekeraars weinig keuzeondersteuning bieden. Eén van de redenen hiervoor is dat zorgverzekeraars nog weinig gebruik maken

<sup>68</sup> NZa. Monitor Zorgverzekeringsmarkt 2009. Trends en acties van de NZa. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, juni 2009, p. 9.

<sup>69</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht, Nederlandse Zorgautoriteit: maart 2009, p. 35-39.

<sup>70</sup> Zorgverzekeraars Nederland. Herziening preventienotitie. Utrecht: Zorgverzekeraars Nederland, 8 mei 2008. p. 3, 7.

<sup>71</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 35-39.

<sup>72</sup> NZa. Visiedocument. Richting geven aan keuzes. Kunnen verzekeraars consumenten stimuleren naar gecontracteerde voorkeursaanbieders te gaan? Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2007, p. 7-9, 26-27, 42.

van selectieve contractering en eigen betalingen. Zorgverzekeraars mogen door middel van zorgcontracten afspraken met zorgaanbieders maken over prijs, kwaliteit, het volume en de organisatie van zorg. Dit geldt overigens enkel voor natura polissen.<sup>73</sup> Er zijn voor verzekerden echter bijna geen financiële prikkels om van een bepaalde aanbieder gebruik te maken. Het rapport geeft de volgende redenen waarom keuzeondersteuning onvoldoende van de grond komt:

- Onduidelijkheid onder zorgverzekeraars over de hoogte van de minimale restitutievergoeding wanneer verzekerden naar niet gecontracteerde zorgaanbieders gaan;<sup>74</sup>
- Op een aantal deelmarkten in de zorg opereren niet genoeg aanbieders;
- Er is sprake van een gebrek aan informatie over kwaliteit en wachtlijsten;
- Verzekeraars hebben weinig ruimte om inkoopvoordelen te behalen;
- Voor consumenten leveren polissen met beperkt gecontracteerde zorg te weinig voordelen op wat betreft premie en kwaliteit. Verzekeraars bieden als gevolg daarvan deze polissen niet aan;
- Het contracteringsbeleid is moeilijk uit te leggen richting consumenten;
- De huisarts houdt vaak geen rekening met het inkoopbeleid van de verzekeraar bij doorverwijzing.

#### *Opinie ten aanzien van keuzeondersteuning door zorgverzekeraars*

Onder verzekerden bestaat terughoudendheid om het advies van de verzekeraar op te volgen. Deze reserve lijkt de laatste jaren zelfs gestegen. Bereidheid om advies op te volgen daalde de afgelopen jaren met ongeveer 50%, voor alle zorgaanbieders (huisartsen, ziekenhuizen, fysiotherapeuten, apotheken en tandartsen). De terughoudendheid om het advies van de verzekeraar op te volgen is het grootst bij de huisarts en tandarts, het kleinst bij ziekenhuizen en apotheken. Bij de keuze voor een huisarts spelen positieve prikkels nauwelijks een rol. Wanneer verzekerden de keuze voorgelegd krijgen tussen de eigen huisarts of een andere, beter gewaardeerde huisarts, zal een groot deel van de respondenten toch kiezen voor de 'eigen' huisarts.<sup>75</sup> Deze resultaten worden ook gevonden in een onderzoek van de NPCF, waaruit blijkt dat verzekerden keuzevrijheid van de huisarts het belangrijkste vinden. Van de mensen ouder dan 55 jaar is slechts 14% van mening dat het een goede zaak is dat de zorgverzekeraar hen stimuleert van geselecteerde zorgverleners gebruik te maken.<sup>76</sup>

Uit het Consumentenpanel van het NIVEL (oktober 2009) blijkt dat de mening van verzekerden over sturing door zorgverzekeraars nogal afhankelijk is van de zorgvorm. Een meerderheid (55%) van de verzekerden staat er positief tegenover als hun zorgverzekeraar zou vragen om preferente medicijnen te gebruiken in plaats van duurdere medicijnen met dezelfde werkzame stof. Daarnaast is 43% van de verzekerden bereid om

<sup>73</sup> Volgens de NZa had in 2008 22% van alle verzekerden een restitutiepolis zonder zorgcontracten en een 4% een restitutiepolis met zorgcontracten. Uit: van de Ven, W. et al. (2009). Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op Zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 4 december 2009.

<sup>74</sup> Hoewel deze vergoeding theoretisch gezien 0% mag zijn, bedroeg de laagste restitutievergoeding in 2008 80% van het gebruikelijke (Wmg)-tarief. Zorgverzekeraars zijn namelijk bang om door de rechter op de vingers te worden getikt en reputatie schade op te lopen. Uit: Van de Ven, W. et al. (2009). Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op Zorgtoeslag. Den Haag: ZonMw, 4 december 2009.

<sup>75</sup> Boonen, L. (2009). Consumer channeling in health care: (im)possible? Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

<sup>76</sup> Lekkerkerk, L. & Willemsen, E. (2008). Monitoring toegang en keuzevrijheid t.a.v. zorgverleners sinds de komst van de zorgverzekeringswet: een eerste peiling. Unie KBO, NPCF, PCOB en ANBO, mei 2008.

een bepaalde behandeling in een specifiek ziekenhuis te ondergaan als de zorgverzekeraar hierom vraagt. Ook is 40% van de verzekerden bereid medicijnen te halen bij een andere apotheek in de buurt. Verzekerden staan vooral negatief tegenover sturing van hun zorgverzekeraar bij de keuze voor een huisarts (78%) en een tandarts (68%).<sup>77</sup>

In 2009 heeft GfK 18-70 jarige zorgverzekerden ondervraagd (N=2005) over onder andere keuzeondersteuning.<sup>78</sup> Hieruit komt naar voren dat verzekerden overwegend positief staan tegenover mogelijk sturende initiatieven van zorgverzekeraars (eigen gezondheidscentrum (41%), eigen internetapotheek (40%), actieve zorgbemiddeling (51%)). Sturing van verzekerden bij een ziekenhuisadvies is pas mogelijk indien de kwaliteit van de zorgverlener in de ogen van de verzekerde goed genoeg is. Bij het opvolgen van het ziekenhuisadvies door de verzekerde spelen naast kwaliteit (95%) ook financiële prikkels (zoals een extra vergoeding ten behoeve van revalidatie (81%), of kwijtschelding eigen risico (79%)) een grote rol.

Ook een voorgelegde casus in een NZa enquête onder verzekerden<sup>79</sup> geeft aan dat het sturingsinstrument mogelijk effect heeft op het keuzegedrag van verzekerden. In de casus wordt de respondent voorgelegd dat zijn zorgverzekeraar geen verplicht eigen risico in rekening brengt wanneer hij voor een behandeling naar ziekenhuis A gaat. Normaal gesproken gaat de verzekerde naar ziekenhuis B. De huisarts (of andere verwijzer) geeft, wanneer daar naar gevraagd wordt, aan dat hij geen voorkeur heeft voor één van de ziekenhuizen. De reisafstand naar beide ziekenhuizen is bij benadering gelijk. De respondent wordt nu gevraagd wat hij in een dergelijk geval zou doen. Driekwart van de respondenten zou ervoor kiezen het verplicht eigen risico te ontlopen door naar ziekenhuis A te gaan. De overige 25% zou voor het vertrouwde ziekenhuis gaan en het eigen risico voor lief nemen. Deze resultaten geven een eerste indicatie voor een mogelijk effect van het sturingsinstrument op keuzegedrag van verzekerden.

Uit de enquête onder het Consumentenpanel van het NIVEL (oktober 2009), waarbij de verzekerden een ziekenhuis moeten kiezen voor een operatie, blijkt echter dat wanneer de huisarts *wel* een voorkeur heeft voor een ziekenhuis, verzekerden zich hierdoor laten leiden. Hieruit blijkt dat de huisarts als poortwachter een belangrijke invloed heeft.

De inzet van het sturingsinstrument in 2009 is beperkt. Het is de vraag of het sturingsinstrument in 2010 vaker ingezet wordt. Verzekeraars lijken terughoudend omdat verzekerden de regeling als negatief zouden ervaren. Bovendien is momenteel nog weinig bekend over het effect van het uitsluiten van bepaalde zorgkosten van het verplicht eigen risico op het keuzegedrag van verzekerden. Enquêtes laten uiteenlopende resultaten zien voor wat betreft de perceptie van verzekerden en aanzien van het sturingsinstrument. Wel lijken financiële prikkels een belangrijke rol te spelen. De vraag is echter of de markt al toe is aan selectief contracteren. Er lijkt in ieder geval sprake te zijn van een gewenningsperiode.

<sup>77</sup> Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

<sup>78</sup> Carolien Babonnick-van Ees (2009). Monitor marktwerking Zorg. Intomart GfK: augustus 2009.

<sup>79</sup> NZa. Monitor, Eigen risico 2008. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, maart 2009, p. 35-39.

Verzekeraars hebben wel expliciet verzocht om via het sturingsinstrument de mogelijkheid te krijgen om verzekerden te sturen naar preferente zorgaanbieders. Hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat ze door selectieve contractering meerwaarde kunnen realiseren voor hun verzekerden. In dit kader is een lopend onderzoek door de Erasmus Universiteit Rotterdam (iBMG) van belang. In 2009 heeft De Friesland Zorgverzekeraar het eigen risico niet in rekening gebracht als verzekerden voor staar (cataract) of spataderen (varices) één van de vooraf geselecteerde zorgaanbieders hebben bezocht. iBMG onderzoekt het keuzegedrag van patiënten en het effect van de inzet van het eigen risico hierop. De eerste bevindingen van dit onderzoek worden in mei 2010 verwacht.

Wellicht dat het preferentiebeleid en daarmee ook het sturingsinstrument voor het verplicht eigen risico vaker ingezet wordt wanneer zorgverzekeraars meer informatie beschikbaar hebben over de kwaliteit van zorg. Belangrijk daarvoor zijn instrumenten die inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg (Zichtbare Zorg)<sup>80</sup> of ervaren zorg (CQ-index).<sup>81</sup> Het is daarom van belang om de inzet van het sturingsinstrument over een periode van meerdere jaren te volgen.

---

<sup>80</sup> Zie [www.zichtbarezorg.nl/](http://www.zichtbarezorg.nl/).

<sup>81</sup> Zie [www.centrumklantervaringzorg.nl/](http://www.centrumklantervaringzorg.nl/).

## 7 Varianten op het verplicht eigen risico

### 7.1 Achtergrond

Het is de vraag of Nederland optimaal gebruik maakt van eigen betalingen om gedrags- en financieringseffecten te realiseren. Eigen betalingen kunnen in vele verschillende soorten of typen tot uitdrukking komen:

- Eigen risico ('aan de voet'): een verzekerde betaalt zelf de eerste x euro van de zorg die onder de maatregel valt;
- Eigen bijdrage: een verzekerde betaalt een vast bedrag per eenheid medische zorg, ongeacht de werkelijke prijs, bijvoorbeeld € 1 per voorschrift van een geneesmiddel of € 4 per ligdag in het ziekenhuis;
- Procentuele bijbetaling: een verzekerde betaalt een bepaald percentage van de kosten van zorg die onder de maatregel valt.

Uit een internationale vergelijking op hoofdlijnen valt op dat Nederland hiervan relatief gezien beperkt gebruik maakt.<sup>82</sup> Het verplicht eigen risico is een eerste stap, maar er zijn varianten op het verplicht eigen risico mogelijk die de moeite waard zijn om nader te onderzoeken om inzicht te krijgen in de effectiviteit van het huidige instrument.

Bij de huidige vormgeving van het verplicht eigen risico spelen verschillende aspecten een belangrijke rol. Transparantie voor de burger is daarbij van groot belang. Burgers moeten begrijpen wat de bedoeling is van de maatregel en wanneer de maatregel wel en niet geldt. Transparantie is in feite de vereiste basis voor een goede uitvoering van de maatregel.

De beoogde gedragseffecten van het verplicht eigen risico zijn beperkt. De belangrijkste redenen hiervoor (zie ook hoofdstuk 3) zijn onbekendheid met de invulling van de regeling (hieruit blijkt ook de directe relatie tussen transparantie en gedragseffecten), het feit dat huisartsenzorg is uitgesloten van het verplicht eigen risico en het ontbreken van een financiële prikkel voor mensen met hoge zorguitgaven (die gezamenlijk het grootste deel van de totale zorguitgaven uitmaken). Gegeven deze hoge uitgaven overschrijden zij met zekerheid het verplicht eigen risico.

Weliswaar treedt er een verschuiving op van collectieve naar private zorguitgaven, maar vanuit doelmatigheidsoverwegingen is het aan te bevelen om kritisch naar de vormgeving en mogelijke verbeteringen te kijken, zonder daarbij de principes van rechtvaardigheid en solidariteit uit het oog te verliezen.

---

<sup>82</sup> Westert, G.P., Berg, M.J. van den, Koolman, A.H.E., Verkleij, H. Toegankelijk voor allen? In: Zorgbalans 2008. Bilthoven: RIVM, 2008. Zie ook OECD Health Data.

## 7.2 Varianten op het huidige verplicht eigen risico

Bij de bespreking van varianten op het huidige eigen risico zullen we op hoofdlijnen ingaan op de gedragseffecten, financieringsverschuiving en de mate van transparantie.

Bij *gedragseffecten* staan de volgende vragen centraal:

- Wat is de invloed van het verplicht eigen risico op het kostenbewustzijn bij verzekerden / zorggebruikers?
- Wat is het gedragseffect?
- Zijn er effecten op de gezondheid te verwachten?

Vragen over financieringsverschuiving<sup>83</sup> zijn:

- Wat is de omvang van de financieringsverschuiving?

*Transparantie* heeft betrekking op de volgende vragen:

- Is de burger bekend met de maatregel en de invulling ervan?
- Is de maatregel begrijpelijk voor de burger?

Ten slotte, om varianten onderling te kunnen wegen zijn ook de kosten van de maatregel relevant. Hiervoor is het van belang in kaart te brengen wat de administratieve belasting is voor verzekerden, zorgverleners en verzekeraars.

De volgende varianten op het verplicht eigen risico zijn op bovenstaande aspecten onderzocht:

- Verhogen verplicht eigen risico;
- Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen (leeftijd, inkomen, chronische ziekten);
- Huisartsenzorg onder het eigen risico;
- Eigen bijdragen voor huisartsenzorg;
- Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg.

Het bepalen van de gedragseffecten, de financieringsverschuiving, de mate van transparantie en administratieve lasten is van groot belang bij de keuze voor een vorm van eigen betalingen. Hierbij nemen we de huidige regelgeving als uitgangspunt. Het kwantificeren van deze effecten vormt geen onderdeel van deze rapportage.

### 7.2.1 Verhoging van het eigen risico

#### *Gedragseffecten en financieringsverschuiving*

Verhogen van het eigen risico leidt logischerwijs tot grotere gedragseffecten. Volgens het CPB zou bij een verplicht eigen risico van € 250 het gedragseffect € 110 tot € 140 miljoen bedragen. Bij een eigen risico van € 600 is dit geschat op € 210 tot € 330 miljoen. Een viermaal zo hoog eigen risico leidt tot een gedragseffect dat driemaal zo hoog is tot

---

<sup>83</sup> In bredere zin hebben de varianten inkomenseffecten voor specifieke groepen, waarvoor mogelijk ook compensatiemaatregelen nodig zijn. Het valt echter buiten de reikwijdte van deze evaluatie om per variant de mogelijke inkomenseffecten voor specifieke groepen in kaart te brengen.



ruim viermaal zo hoog.<sup>84</sup> Het is overigens onbekend welk effect deze toename heeft op de gezondheid.

Het NIVEL heeft onlangs aan de leden van het Consumentenpanel gevraagd bij welk bedrag zij denken dat verzekerden een belemmering gaan ervaren om noodzakelijke zorg te gebruiken (zie tabel 7.1).

Tabel 7.7.1 Inschatting van belemmeringen om noodzakelijke zorg te gebruiken als het verplicht eigen risico verhoogd wordt

Hoogte van het verplicht eigen risico	Aantal verzekerden bij wie (waarschijnlijk) wel een belemmering ontstaat	
	N	Percentage
155 euro (N=974)	80	8,2%
155-300 euro (N=957)	288	30,2%
300-550 euro (N=939)	509	54,3%
550-750 euro (N=938)	666	71,1%
750-900 euro (N=922)	707	76,8%
Meer dan 900 euro (N=941)	746	79,5%

Bron: Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009).

Het blijkt dat hoe hoger het verplicht eigen risico, hoe meer verzekerden aangeven een belemmering te ervaren voor noodzakelijk zorggebruik.<sup>85</sup> Dit kan mogelijk gezondheidseffecten hebben.

Een verhoging van het verplicht eigen risico leidt ook tot een toename in de financieringsverschuiving naar meer private zorguitgaven. Het is niet bekend hoeveel precies omdat er niet-lineariteiten in het systeem zitten. Het CPB heeft een model beschikbaar dat de varianten preciezer kan beoordelen.

In principe hoeven de administratieve lasten na een verhoging van het verplicht eigen risico niet substantieel toe te nemen. De bestaande compensatiemaatregelen kunnen bij een bedrag van € 250 wellicht behouden worden. Chronisch zieken hebben meer zorgkosten dan gezonde mensen. Veel van deze kosten zijn jaarlijks terugkerend.

### Transparantie

Bij een verhoging van het verplicht eigen risico kan aangenomen worden dat de bekendheid met de maatregel en het begrip van de reikwijdte ervan vergelijkbaar is met de situatie onder het huidige verplicht eigen risico (zie hoofdstuk 4). Uit onderzoek blijkt dat een meerderheid van de verzekerden bekend is met het bestaan van het verplicht eigen risico, maar dat een aanzienlijk percentage van de verzekerden niet op de hoogte is van de volledige werkingssfeer van het verplicht eigen risico en van de compensatieregeling.

<sup>84</sup> CPB notitie: Gedragseffect van eigen betalingen in de Zvw. Den Haag: Centraal Planbureau, april 2008: p 6, 10.

<sup>85</sup> Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

Echter, 74% van de verzekerden weet dat huisartsenzorg niet onder het verplicht eigen risico valt.<sup>86</sup>

### 7.2.2 Een verschoven eigen risico voor specifieke groepen

Een manier om de gedragseffecten van het verplicht eigen risico te vergroten is door het te verschuiven.<sup>87</sup> Het eigen risico ligt hierbij binnen een bepaald kosteninterval, waarbij het startpunt gebaseerd wordt op risicokenmerken van het individu. Dit betreft informatie over zorgkosten, aantal ziekenhuisdagen, leeftijd, geslacht en gezondheidsproblemen op basis van FKG's.

#### *Gedragseffecten en financieringsverschuiving*

Het huidige verplicht eigen risico aan de voet  $[0, d]$  is niet effectief voor individuen (vooral chronisch zieken) die ex-ante al weten dat hun zorgkosten het bedrag van  $d$  zullen overstijgen. Deze groep mensen is niet prijsgevoelig, waardoor gedragseffecten niet te verwachten zijn. Een zogenaamd verschoven eigen risico zou kostenbewustzijn stimuleren, en daarmee de effectiviteit van het verplicht eigen risico. Een dergelijke verschuiving vergroot de kans op lagere eigen betalingen, waardoor de prikkel op doelmatig zorggebruik toeneemt en dus het remgeldeffect. De kans dat het individu de grens van het eigen risico overschrijdt ligt dan immers niet op voorhand vast.

Van Kleef spreekt van een kosteninterval  $[S_x, S_x + d]$ , waarbij  $S_x$  verwijst naar het startpunt van het eigen risico van individu  $x$ . Startpunt  $S$  wordt bepaald op basis van ex-ante risicokenmerken van het individu. Omdat de kans op het overschrijden van het eigen risico afneemt, neemt de prijsgevoeligheid tussen  $S_x$  en  $S_x + d$  toe. Echter, tegelijkertijd neemt de prijsgevoeligheid voor  $S_x$  af. De optimale verschuiving (maximale gedragseffect) ligt daar waar de onzekerheid over eigen betalingen maximaal is. Dit geldt voor alle individuen, ongeacht de hoogte van het risico. Voor mensen met een hoog risico (chronisch zieken) moet de verschuiving aanzienlijk zijn: voor meer dan 10% van de verzekerden is de optimale verschuiving bij een eigen risico van € 1000 hoger dan € 1200.

Bij het gebruik van een verschoven eigen risico zijn criteria van het optimale startpunt, indeling naar groepen en gelijkheid lastige onderwerpen. Een goede invulling hiervan leidt naast een groter remgeldeffect ook tot kleinere verschillen tussen eigen betalingen van jonge relatief gezonde verzekerden en oudere chronisch zieken. Het gemiddelde aan eigen betalingen bij een verschoven eigen risico  $[S_x, S_x + d]$  valt lager uit dan bij een traditioneel eigen risico  $[0, d]$ . Dit resulteert in minder financieringsverschuiving.

Er gelden echter nog meerdere kanttekeningen bij deze variant. Ten eerste, waar Van Kleef weliswaar tot een verbeterd gedragseffect komt bij een verschoven eigen risico, ontbreekt een mogelijk psychologisch effect. De vraag is namelijk wat voor gevolgen

<sup>86</sup> Van der Maat, M. & De Jong, J. (2009). Eigen risico voor de basisverzekering door verzekerden bekeken. Een onderzoek op basis van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Concept rapportage. Utrecht: NIVEL, 15 december 2009.

<sup>87</sup> Van Kleef, R.C. (2009). Voluntary deductibles and risk equalisation: A complex interaction. Rotterdam: Erasmus Universiteit, p. 119.

deze variant heeft op zorggebruik wanneer mensen de boodschap ontvangen dat hun verplicht eigen risico 'pas' vanaf € 300 of € 600 ingaat. De suggestie kan gewekt worden dat de eerste honderden zorgkosten 'gratis' zijn en daarmee kan het zorggebruik wellicht gestimuleerd worden tot aan de grens van het eigen risico. Ten tweede zijn de uitvoeringslasten van een verschoven eigen risico naar leeftijd beduidend hoger dan voor het huidige verplicht eigen risico, waarbij geen aparte categorieën verzekerden zijn gecreëerd. Overigens wordt door Van de Ven c.s. opgemerkt dat een belangrijk voordeel van een verschoven eigen risico is dat de huidige compensatieregeling voor chronisch zieken kan komen te vervallen, omdat iedereen naar verwachting ongeveer eenzelfde bedrag zelf moet betalen. Dit leidt tot een aanzienlijke verlaging van de administratieve lasten.<sup>88</sup> De vraag is uiteindelijk of per saldo de administratieve lasten lager zullen zijn bij invoering van een maatregel met hogere uitvoeringslasten.

### *Transparantie*

Van Kleef onderkent dat een startpunt voor het verschoven eigen risico op individueel niveau erg complex is en daarmee lastig uit te leggen aan verzekerden. Vanuit administratief oogpunt is het aan te bevelen om een startpunt voor het verschoven eigen risico op groepsniveau vast te stellen in plaats van op individueel niveau. Bij analyse van een verzekeraardatabase door Van Kleef bleek bij 66% van deze populatie het optimale startpunt voor het eigen risico tussen en € 0 en € 500 te liggen. Deze groep begint dan met een eigen risico aan de voet .

Verschuiving naar leeftijd zou volgens Van Kleef een praktisch alternatief bieden. Een indicatie voor een effectief 'startpunt van het eigen risico' per leeftijdsgroep is:

- 18 – 49 jaar: € 300 per jaar;
- 50 – 64 jaar: € 600 per jaar;
- 65 – 74 jaar: € 1200 per jaar;
- 75 jaar en ouder: € 1800 per jaar.

Uit de recente enquête van het NIVEL (oktober 2009) blijkt echter dat bijna de helft van alle verzekerden het verschoven eigen risico naar leeftijd zoals hierboven weergegeven onduidelijk vindt. Wanneer transparantie een doorslaggevend criterium is, moeten bij deze variant aldus vraagtekens geplaatst worden.

Het kabinet heeft al laten weten deze variant niet te verkiezen boven het huidige eigen risico, omdat het voorstel ten onrechte veronderstelt dat leeftijd altijd een graadmeter is voor hoge zorgkosten.<sup>89</sup>

### 7.2.3 Huisartsenzorg: onderdeel van het verplicht eigen risico en/of eigen bijdrage?

Uit internationaal onderzoek blijkt dat een eigen bijdrage over het algemeen een remmend effect op het zorggebruik heeft.<sup>90</sup> De mate van het gedragseffect hangt af van een aantal factoren, namelijk de zorguitgaven en de hoogte van de eigen bijdrage.

<sup>88</sup> Van de Ven, W., Van Kleef, R., Schut, E. Miljardenbesparing in de zorg door slimmer eigen risico. *Opinie*. NRC Handelsblad, 15 februari 2010. Zie:

[http://www.nrc.nl/opinie/article2483622.ece/Miljardenbesparing\\_in\\_de\\_zorg\\_door\\_slimmer\\_eigen\\_risico](http://www.nrc.nl/opinie/article2483622.ece/Miljardenbesparing_in_de_zorg_door_slimmer_eigen_risico).

<sup>89</sup> [http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten\\_ministerraad/2009/december/04/Eerste\\_evaluatie\\_Zorgverzekeringswet](http://www.regering.nl/Actueel/Persberichten_ministerraad/2009/december/04/Eerste_evaluatie_Zorgverzekeringswet).

In het huidige systeem gelden geen eigen betalingen (verplicht eigen risico of eigen bijdrage) voor huisartsenzorg. De huisarts kan daarmee een zekere prikkel hebben om onterecht *niet* door te verwijzen (bijvoorbeeld op verzoek van patiënten, die geen zorg willen die binnen het verplicht eigen risico valt). Als huisartsen wel onder het verplicht eigen risico vallen, maar tweedelijnszorg (specialisten) niet dan is er een omgekeerde prikkel. Het is daarom van belang bij de invoering van beide varianten (eigen bijdrage en/of verplicht eigen risico) na te denken over aanvullende maatregelen die neutraal moeten zijn voor de prikkel voor huisartsen om door te verwijzen. Overigens blijkt uit onze analyse op hoofdlijnen dat bekendheid met het verplicht eigen risico bij huisartsen geen invloed heeft op hun voorschrijf- of verwijsgedrag (zie hoofdstuk 4).

Uit onderzoek blijkt dat inzet van eigen bijdragen of een hoger eigen risico in geval van *huisartsenzorg* zal resulteren in een toename van gedragseffecten. Dit hangt samen met de elasticiteit van de vraag naar huisartsenzorg. Deze is het meest prijsgevoelig (-0,40) in vergelijking tot andere vormen van zorg, zoals ziekenhuiszorg (-0,04) of specialistenbezoek (-0,12).

#### *Gedragseffecten en financieringsverschuiving in geval van huisartsenzorg onder het verplicht eigen risico*

Huisartsenzorg valt momenteel niet onder het verplicht eigen risico. Wanneer huisartsenbezoek onder het verplicht eigen risico zou vallen, geldt een gedragseffect van € 120 tot € 180 miljoen bij een verplicht eigen risico van € 150. Volgens het CPB zou bij een verplicht eigen risico van € 250 het gedragseffect € 190 tot € 260 miljoen bedragen. Bij een eigen risico van € 600 wordt dit geschat op € 350 tot € 510 miljoen.

#### *Gedragseffecten en financieringsverschuiving in geval van eigen bijdragen voor huisartsenzorg*

Een mogelijkheid is het behoud van het huidige verplicht eigen risico (al dan niet verhoogd) in combinatie met eigen bijdragen voor huisartsenzorg. Het belangrijkste te behalen effect is het realiseren van kostenbewustzijn onder patiënten. Nu wordt veelal niets betaald voor zorg, waarmee de suggestie gewekt kan worden dat deze zorg gratis is. Bovendien blijkt uit analyses van het CPB dat er zeker ook sprake is van een groter gedragseffect.<sup>91</sup>

In Duitsland is enkele jaren geleden een eigen bijdrage ingevoerd voor de huisartsenzorg ('Praxisgebühr'). De eerste resultaten van wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van deze maatregel zijn uiteenlopend. Gebhardt et al. rapporteren een daling van het aantal huisartsbezoeken na invoering van de regeling (8% tussen 2003 en 2005).<sup>92</sup> Daarnaast wordt ook een afname in het aantal onnodige huisartsbezoeken gezien.<sup>93,94</sup> Hoewel de maatregel in de eerste jaren na invoering effecten liet zien, zijn deze effecten

<sup>90</sup> SEO Economisch Onderzoek. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: SEO, augustus 2008.

<sup>91</sup> CPB notitie, Gedragseffect van eigen betalingen in de Zw. Den Haag: Centraal Planbureau, 25 april 2008.

<sup>92</sup> Gebhardt, B. (2005). Zwischen Steuerungswirkung und Sozialverträglichkeit – eine Zwischenbilanz zur Praxisgebühr aus Sicht der Versicherten. Gesundheitsmonitor 2005.

<sup>93</sup> Grabka, M. (2006). Verhaltensänderung durch Einführung der Praxisgebühr und Ursachenforschung – Erste empirische Ergebnisse. Medizinische Klinik, 101 (6): p.476-483.

<sup>94</sup> Schreyogg, J. Co-payments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. DIW Discussion papers, Berlin, 2008.

afgevlakt in de daaropvolgende periode. Dezelfde trend wordt waargenomen in vergelijkbare studies naar huisartsbezoeken onder groepen met een laag inkomen en patiënten met een slechte gezondheid. Hierbij wordt ook in de eerste jaren na invoering een afname beschreven, maar wordt afvlakking van het effect waargenomen in vervolgstudies.<sup>95,96</sup>

#### *Transparantie van beide maatregelen*

Eigen bijdragen voor specifieke vormen van zorg – in dit geval een huisartsenconsult – zijn eenvoudig aan verzekerden uit te leggen. Het is snel inzichtelijk te maken waarvoor wel en waarvoor geen eigen bijdragen moeten worden betaald. Ook het direct afrekenen bij de huisarts (kassa in de praktijk) vergroot de transparantie en leidt niet tot vragen of onduidelijkheid achteraf.

Een combinatie van eigen bijdragen voor huisartsenzorg en een verplicht eigen risico voor de overige zorg (zoals nu al bepaald) is op zichzelf goed uit te leggen, maar vraagt vermoedelijk wel om een (overheids)campagne. Echter, zolang ruim 25% van de verzekerden niet bekend is met het feit dat huisartsenzorg momenteel niet onder het verplicht eigen risico valt, lijkt aanvullende informatie überhaupt noodzakelijk.

#### 7.2.4 Eigen bijdragen voor andere vormen van zorg

De eigen betalingen kunnen in de vorm van een vaste bijdrage of een vast percentage van de totale kosten ingezet worden.

#### *Gedragseffecten en financieringsverschuiving*

Uit een advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) komt naar voren dat eigen bijdragen expliciet ingezet kunnen worden als prikkel voor doelmatigere zorg en dat het kostenbewustzijn van zorggebruikers toe kan nemen. Zeker in het kader van marktwerking en het toenemende belang van de kwaliteit van geleverde zorg zullen eigen bijdragen naar verwachting leiden tot een kritischer opstelling van zorggebruikers ten opzichte van zorgaanbieders: krijgt men wel waar voor zijn geld?<sup>97</sup> De financiële houdbaarheid van het stelsel kan eveneens een reden zijn voor het invoeren van eigen betalingen. Volgens de RVZ zullen eigen bijdragen door burgers zich niet terugverdienen door een evenredige afname van de kosten van de gezondheidszorg.

In het advies ‘Gepaste zorg’ stelt de Raad vast dat eigen betalingen de vraag naar zorg waarschijnlijk niet in grote mate zullen afremmen. Het CPB heeft berekend dat mensen met lage zorguitgaven (tot € 150) bij invoering van eigen bijdragen in het algemeen (dus niet enkel voor huisartsenzorg) een afname van het gedragseffect laten zien. Zij krijgen immers met lagere eigen betalingen te maken. Overigens is het gedragseffect absoluut gezien toch al gering, omdat het om lage zorguitgaven gaat. Wanneer sprake is van zorguitgaven tussen de € 150 en € 1500 wordt de remweg langer. Voor mensen met zeer

<sup>95</sup> Zok, K. (2004). Nach der Wirkung gefragt: Die Reform kommt an. *Gesundheit und Gesellschaft*, 9: p. 38-41.

<sup>96</sup> Zok, K. (2005). Das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten nach Einführung der Praxisgebühr. *Gesundheit und Gesellschaft*, 2: p. 1-7.

<sup>97</sup> RVZ. Advies: Van patiënt tot klant. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2003.

hoge zorguitgaven is de veronderstelling dat hun gedrag niet verandert wanneer zij bij voorbaat kunnen verwachten dat ze het maximale bedrag aan eigen betalingen zullen overschrijden.

Opvallend is dat de mate van remming weinig varieert met de hoogte van de eigen bijdragen.<sup>98</sup> Uit berekeningen van het CPB blijkt verder dat eigen bijdragen over het algemeen niet resulteren in een groter gedragseffect dan een eigen risico, ook al wordt de remweg verlengd. In vrijwel alle situaties is het gedragseffect maximaal bij een eigen bijdrage van 100% (eigen risico) (zie ook RAND experiment).<sup>99</sup> Alleen bij een laag eigen risico is het gedragseffect van eigen bijdragen en eigen risico ongeveer gelijk.

Daardoor zijn weinig negatieve gezondheidseffecten te verwachten van de invoering van eigen bijdragen. Op onderdelen kunnen er wel effecten zijn: het aantal zelfverwijzingen bij de afdelingen SEH van de ziekenhuizen kan wel afnemen, en dat is ook wenselijk. Extra aandacht moet wel worden geschonken aan chronische patiënten.<sup>100</sup>

Andere typen zorg waarbij prijsgevoeligheid een rol speelt zijn:

- hulpmiddelen;
- geneesmiddelen;
- klein laboratorium onderzoek;
- kraamzorg en verloskundigen;
- no show kosten;
- GGZ.

### *Transparantie*

Er zijn naast huisartsenzorg ook andere vormen van zorg waaraan eigen bijdragen kunnen worden verbonden. Een voorbeeld is de betaling voor de hotelfunctie van het ziekenhuis in Duitsland en in België. Voor wat betreft eigen bijdragen geldt dat dit vrij eenvoudig uit te leggen is aan de burger. Voor een combinatie van eigen bijdragen en het verplicht eigen risico is dit in mindere mate het geval.

## 7.2.5 Aandacht voor rechtvaardigheid en sturing door vrijstelling van eigen betalingen

Er kleven risico's aan de invoering of ophoging van eigen betalingen. Ze zijn regressief en het is daarom van groot belang om de verticale rechtvaardigheid (waarbij de vraag centraal staat of mensen met hogere inkomens meer of minder dan evenredig aan de zorg (bijdragen) blijvend in de gaten te houden. Ook zal men moeten volgen wat de effecten van wijzigingen op de vraag naar zorg zijn. Remt het eigen risico (of een variant hierop) niet enkel onnodige zorg, maar ook noodzakelijke zorg af? Daarnaast zullen de

---

<sup>98</sup> Uit het meest beroemde en meest grootschalige experiment over eigen bijdragen in de zorg, het Health Insurance Experiment bleek dat zonder eigen bijdrage 86,8% medische zorg gebruikt, tegenover 78,7% bij een eigen bijdrage van 25% en 77,2% bij een eigen bijdrage van 50%. Het aantal doktersbezoeken van mensen zonder eigen bijdrage was gemiddeld 4,55; bij mensen met een eigen bijdrage van 25% was het aantal bezoeken 3,33 en bij een eigen bijdrage van 50% 3,03. Uit: SEO. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: augustus 2008, p. ix.

<sup>99</sup> Newhouse, J.P. and the Insurance Experiment Group (1993), Free for all? Lessons from the RAND health insurance experiment, Harvard: Harvard University Press.

<sup>100</sup> RVZ. Advies: Gepaste zorg. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2004.

administratieve lasten van de invoering van eigen betalingen toenemen omdat het gepaard gaat met meer registratievereisten. Om rechtvaardigheid te behouden kunnen verzekerden (deels) vrijgesteld worden van eigen betalingen. Daartoe bestaan diverse manieren:

- uitzonderen van bepaalde groepen;
- inkomensafhankelijke eigen bijdrage;
- plafond aan eigen bijdrage;
- garantie van een sociaal minimum.<sup>101</sup>

Het verder uitwerken van deze compensatiemechanismen en de voor- en nadelen ervan vormt geen onderdeel van deze analyse.<sup>102</sup>

### 7.3 Samenvatting

In tabel 7.2 wordt een samenvatting gegeven van de verschillende varianten zoals die hierboven aan bod zijn gekomen. We hebben de verschillende varianten ten opzichte van het huidige verplicht eigen risico kwalitatief beoordeeld op de drie aspecten: gedragseffecten, financieringsverschuiving en transparantie.

Tabel 7.2 Varianten op het verplicht eigen risico

Variant	Gedragseffecten	Financieringsverschuiving	Transparantie
Verhogen verplicht eigen risico	+*	+	+/-
Verschoven verplicht eigen risico	?	-	-
Huisartsenzorg onder verplicht eigen risico	+	+	+
Huisartsenzorg: eigen bijdrage naast verplicht eigen risico	+	+	+/-
Eigen bijdrage andere vormen van zorg	+	+	+/-

Een + betekent dat de variant beter scoort op alle aspecten, terwijl een - betekent dat de variant minder goed scoort dan de huidige maatregel. In geval van +/- zijn de effecten naar verwachting vergelijkbaar met de huidige maatregel. In geval van een ? is het onduidelijk in hoeverre het een verbetering of verslechtering oplevert.

\* Er geldt wel een bepaalde grens aan het verhogen van het verplicht eigen risico. Een te hoog eigen risico leidt wel tot *meer* gedragseffecten, maar op een bepaald moment heeft dit hoogstwaarschijnlijk een minder goed effect op de gezondheid.

<sup>101</sup> SEO Economisch Onderzoek. Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek. Amsterdam: SEO, augustus 2008.

<sup>102</sup> Voor een evaluatie van de effecten van een inkomensafhankelijke compensatieregeling zoals die in België bestaat verwijzen we naar het rapport "Evaluatie van de effecten van de maximumfactuur op de consumptie en financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg" van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE reports 80A. Brussel, 2008).

De varianten op het verplicht eigen risico hebben betrekking op eigen bijdrage of eigen risico (al dan niet aan de voet). Procentuele bijbetaling is niet als zodanig benoemd, maar zou bijvoorbeeld in geval van de laatste variant ('eigen bijdragen voor andere vormen van zorg') ook in plaats van eigen bijdragen toegepast kunnen worden. Vooralsnog lijkt dat weinig invloed te hebben op de beschreven effecten en transparantie.

We hebben bij de bespreking van varianten op het verplicht eigen risico geen aandacht besteed aan de mogelijkheden die verzekeraars hebben bij de invulling van het sturingsinstrument (zie hoofdstuk 6). De optie tot bevordering van gezond gedrag door financiële prikkels in de vorm van vrijstelling van (een deel van de) eigen betalingen (zoals in Duitsland) behoort daarbij tot de mogelijkheden.